IRVIN D. YALOM

Psihoterapia existențială

Traducere din engleză de
Bogdan Boghițoi



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO (S. Olteanu, D. Dumbrăvician)

Redactor:
VICTOR POPESCU

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
MARIAN CONSTANTIN

Corectură:
ELENA BIȚU, EUGENIA URSU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
YALOM, IRVIN D.
Psihoterapia existențială / Irvin D. Yalom ; trad.:
Bogdan Boghițoi. - București : Editura Trei, 2010

ISBN 978-973-707-400-3

I. Boghițoi, Bogdan (trad.)

615.851

Titlul original: EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY
Autor: Irvin D. Yalom

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-400-3

Cuprins

Pentru Marilyn, dintr-o mie de motive.

Mulțumiri

În munca mea, am fost ajutat de multă lume, dar nu pot să le mulțumesc tuturor: această carte a fost scrisă pe parcursul a mai mulți ani, iar memoria mea nu mai reține numele tuturor celor cărora le sunt îndatorat. Rollo May și Dagfinn Follesdal au fost profesori și îndrumători extrem de importanți. Mulți colegi au citit și au adus critici întregului manuscris sau unor părți din el: Jerome Frank, Julius Heuscher, Kent Bach, David Spiegel, Alex Comfort, James Bugental, Marguerite Lederberg, Michael Bratman, Mitchell Hall, Alberta Siegel, Alvin Rosenfeld, Herbert Leiderman, Michael Norden și numeroși medici psihiatri rezidenți de la Stanford. Le sunt recunoscător tuturor.

Sunt îndatorat lui Gardner Lindzey și Centrului pentru Studii Avansate în Științele Comportamentale pentru că în perioada 1977-1978, când am activat aici, mi-au oferit un cadru ideal pentru activitățile academice. Sunt profund recunoscător Universității Stanford, care mi-a furnizat pe durata întregii cariere instrumentarul necesar vieții academice: libertate intelectuală, susținere materială și colegi de catedră de cel mai înalt nivel. Sunt, de asemenea, recunoscător lui Thomas Gonda, conducătorul departamentului de psihiatrie, pentru că m-a ocrotit atunci când a venit vorba de corvezi administrative, și lui Marjorie Crosby, pentru susținere financiară și încurajări. Phoebe Hoss mi-a oferit un ajutor editorial minunat. Este o carte lungă și fiecare cuvânt din fiecare versiune preliminară, de la primele însemnări până la manuscrisul final, a fost dactilografiat de secretara mea, Bea Mitchell, ale cărei răbdare, exuberanță și asiduitate au scăzut doar arareori pe parcursul a mulți ani, cât am lucrat împreună. Marilyn, soția mea, mi-a oferit nu doar o susținere nesfârșită, dar și sfaturi neprețuite cu privire la conținut și la editare, cum a făcut și în cazul tuturor cărților mele anterioare.

1

Introducere

Cândva, în urmă cu câțiva ani, m-am înscris împreună cu prietenii la niște cursuri de gătit oferite de o venerabilă bătrână de origine armeană și de ajutorul său la fel de în vârstă. Deoarece ei nu vorbeau engleză, iar noi nu vorbeam armeană, comunicarea nu a fost ușoară. Preda demonstrându-ne cum se face, iar noi o urmăream cum pregătește un șir minunat de mâncăruri de vinete sau miel și încercam să stabilim silitori cantitățile necesare rețetelor. Însă rețetele noastre erau imperfecte și, oricât ne-am fi străduit, nu puteam reproduce modul cum îi ieșeau mâncărurile. „Ce anume dă bucătăriei ei acea notă specială?", mă întrebam. Răspunsul mi-a scăpat până în ziua în care, extrem de zelos să urmăresc gesturile din bucătărie, am observat atent cum, cu multă demnitate și deliberând asupra a ce urma să facă, gătea un fel. I l-a înmânat ajutorului său, care l-a dus tăcut în bucătărie la cuptor și, din mers, a aruncat în compoziție câteva mâini de mirodenii asortate. Sunt convins că tocmai aceste adaosuri misterioase au făcut întreaga diferență.

Aceste cursuri de gătit îmi vin în minte frecvent când mă gândesc la psihoterapie, mai ales când reflectez la ingredientele critice pentru o terapie de succes. Textele formale, articolele și conferințele portretizează terapia ca fiind precisă și sistematică, cu etape grijuliu delimitate, intervenții tehnice strategice, analize ale relațiilor de obiect și ca posedând un program rațional de interpretări revelatoare. Totuși, cred cu tărie că, tocmai atunci când nimeni nu bagă de seamă, terapeutul aruncă în joc „ingredientul esențial".

Însă ce reprezintă aceste „adaosuri", aceste suplimente „neoficiale"? Ele viețuiesc în afara teoriei oficiale, despre ele nu se scrie și nici nu sunt te-

matizate distinct. Adesea, terapeuții nici nu își dau seama de ele; și totuși orice terapeut știe că nu poate explica evoluția pozitivă a multor pacienți. Ingredientele critice sunt greu de descris și încă mai greu de definit. E oare posibilă definirea și învățarea unor calități precum compasiunea, „disponibilitatea", grija, interesul pentru celălalt, faptul de a atinge pacientul la un nivel profund sau – cea mai subtilă – înțelepciunea?

Unul dintre primele cazuri documentate de psihoterapia modernă este extrem de grăitor pentru modul în care terapeuții omit selectiv aceste suplimente.[1] (Descrieri ulterioare ale curelor sunt mai puțin folositoare din acest punct de vedere, deoarece psihiatria a devenit atât de doctrinară în ceea ce privește modul în care trebuie realizată terapia, încât manevrele „neoficiale" au fost trecute sub tăcere în relatările cazurilor.) În 1892, Sigmund Freud a tratat-o cu succes pe domnișoara Elisabeth von R., o tânără care suferea de greutăți în deplasare de natură psihogenă. Freud a pus succesul terapeutic doar pe seama tehnicii abreacției, a eliminării refulării unor dorințe și gânduri nocive. Totuși, dacă studiem notițele lui Freud, vom fi frapați de numărul mare de alte activități terapeutice. Spre exemplu, a trimis-o pe Elisabeth să viziteze mormântul surorii sale și pe un tânăr pe care ea îl găsea atrăgător. A ajutat-o „îngrijindu-mă prietenește de situația ei actuală"[2], interacționând cu familia în numele pacientului: a discutat cu mama ei și „a implorat-o" să deschidă canale de comunicare cu pacienta pentru a-i oferi astfel o posibilitate de reducere a poverii psihologice. Auzind de la mamă că Elisabeth nu avea nicio perspectivă să se mărite cu fostul soț al surorii sale decedate, i-a comunicat informația pacientei. A dat o mână de ajutor pentru ca familia să își rezolve problemele financiare. Cu alte ocazii, Freud i-a cerut lui Elisabeth să înfrunte cu calm ideea că, pentru oricine, viitorul e inevitabil incert. A consolat-o în mod repetat, asigurând-o că nu era responsabilă de anumite sentimente nedorite și a subliniat că vinovăția și regretul deosebite pe care le resimțea din cauza acestor sentimente reprezentau o dovadă puternică pentru caracterul ei moral deosebit. În fine, după terminarea terapiei, când a auzit că Elisabeth va merge la un bal privat, Freud și-a procurat o invitație astfel încât să o vadă „zburând în ritmul dansului sprinten". Nu poți să nu te întrebi ce anume a ajutat-o pe domnișoara von R. Ingredientele lui Freud, nu am nicio îndoială, au reprezentat intervenții de efect; a le exclude din teorie înseamnă a cocheta cu eroarea.

Mi-am propus ca, în această carte, să explic o anumită abordare a psihoterapiei – o structură teoretică și seria de tehnici care decurg din ea – de natură să furnizeze cadrul pentru multe din ingredientele terapiei. Eticheta atașată acestei abordări – „psihoterapie existențială" – rezistă definirii fugare, deoarece fundamentele tendinței existențiale nu sunt empirice, ci profund intuitive. Voi începe prin a oferi o definiție formală pe care, pe parcursul cărții, o voi clarifica: *psihoterapia existențială reprezintă o abordare dinamică a terapiei care se concentrează pe grijile înrădăcinate în existența individului.*

Opinia mea e că vasta majoritate a terapeuților cu experiență, indiferent de școala ideologică de care aparțin, folosesc multe din elementele pe care le voi expune în cele ce urmează. Marea majoritate a terapeuților realizează, de pildă, că înțelegerea propriei finitudini poate fi adesea catalizatorul pentru o schimbare de perspectivă interioară, că relația este cea care tămăduiește, că alegerea torturează pacienții, că terapeutul trebuie să catalizeze „voința" de a acționa a pacientului sau că majoritatea pacienților sunt chinuiți de lipsa de sens din viețile lor.

Însă orientarea existențială înseamnă mai mult decât un accent subtil ori o perspectivă implicită la care recurg terapeuții fără să își dea seama. De-a lungul ultimilor ani, cu ocazia conferințelor pe care le-am ținut în fața psihoterapeuților pe cele mai variate teme, am întrebat: „Care dintre voi vă considerați ca aparținând orientării existențiale?" O proporție semnificativă, în general peste 50 la sută, răspunde afirmativ. Însă acelorași le vine greu să răspundă atunci când sunt întrebați: „În ce constă abordarea existențială?" Limbajul folosit de terapeuți pentru a-și descrie abordările, oricare ar fi ele, nu a fost niciodată lăudat pentru distincția și limpezimea sa; însă, dintre toate vocabularele terapeutice, niciunul nu rivalizează cu cel existențial în materie de vag și confuzie. Terapeuții asociază abordarea existențială cu un număr de termeni funciar imprecişi și în aparență fără legătură între ei cum ar fi „autenticitate", „întâlnire", „responsabilitate", „alegere", „umanist", „autoactualizare", „centrare", „sartrean" și „heideggerian"; mulți specialiști din domeniul sănătății mentale au considerat-o o orientare confuză, fără rigoare, irațională și romantică, văzând în ea mai puțin o „abordare" cât un prilej pentru improvizație, pentru ca terapeuții încâlciți să „își facă numărul". Sper să demonstrez că astfel de concluzii sunt neîntemeiate, iar abordarea existențială e o paradigmă terapeutică valoroasă și eficace, la fel de rațională și coerentă ca oricare alta.

Psihoterapia existențială: o terapie dinamică

Psihoterapia existențială este o formă de psihoterapie dinamică. „Dinamic" este un termen frecvent folosit în domeniul sănătății mentale – de exemplu, în interiorul lui „psihodinamic"; iar dacă este să înțelegem una dintre trăsăturile esențiale ale abordării existențiale, va trebui să fim edificați cu privire la sensul terapiei dinamice. „Dinamic" are un sens profan și unul tehnic. În sensul profan, dinamic (provenind din grecescul *dynasthi* – „a avea tărie sau putere") evocă mișcarea și energia (un fotbalist sau politician „dinamic", „dinam", „dinamită"); însă nu același este sensul său tehnic, deoarece care terapeut s-ar recunoaște ca fiind nedinamic, adică lent, indolent, stagnant, inert? Nu, conceptul are o folosire tehnică specifică care se raportează la conceptul de „forță". Contribuția majoră a lui Freud la înțelegerea ființei omenești constă în modelul său dinamic al funcționării minții – un model care susține că există forțe aflate în conflict în interiorul individului și că gândirea, emoțiile și comportamentele, atât cele adaptative, cât și cele psihopatologice, sunt rezultatul acestor forțe în conflict. În plus, fapt important, *aceste forțe există pe varii paliere de conștientizare,* unele fiind, de fapt, inconștiente.

Astfel, psihodinamica unui individ include varii forțe, motive și temeri inconștiente și conștiente care operează în interiorul său. Psihoterapiile dinamice sunt terapii bazate pe acest model dinamic al funcționării minții.

Până aici, toate bune. Terapia existențială, după cum voi arăta, se înscrie limpede în categoria terapiilor dinamice. Însă ce se întâmplă dacă ne întrebăm ce forțe (adică, ce temeri și motive) sunt în conflict? Care este *conținutul* acestei lupte interne conștiente și inconștiente? E punctul în care terapia dinamică existențială se desparte de restul terapiilor dinamice. Terapia existențială este bazată pe o perspectivă radical diferită asupra genului de forțe, motivelor și temerilor care interacționează înlăuntrul individului.

Natura precisă a celor mai adânci conflicte interne nu este niciodată ușor de identificat. Clinicianul care lucrează cu pacientul suferind este arareori capabil să examineze conflictele primare într-o formă nemodificată. În schimb, pacientul adăpostește un extrem de complex set de griji: grijile primare sunt adânc îngropate, înfășurate strat după strat de refulare, negare, deplasare și simbolizare. Cercetătorul în domeniul clinic trebuie să descurce ițele bine încurcate ale acestui tablou clinic. Pentru a identifica respecti-

vele conflicte primare, va trebui să se recurgă la mai multe căi de acces – meditația profundă, visele, coșmarurile, străfulgerările experiențelor cruciale și intuițiilor profunde, vorbirea psihotică sau studiul copiilor. Voi explora la vremea lor aceste opțiuni, însă, pentru moment, pare suficientă o prezentare schematică. O scurtă trecere în revistă a trei viziuni contrastante asupra conflictului intrapsihic prototipic – freudiană, neofreudiană și existențială – va lămuri grație contrastului perspectiva existențială asupra psihodinamicii.

Psihodinamica freudiană

Potrivit lui Freud, copilul este guvernat de forțe instinctuale înnăscute și, ca frunza unei ferigi, se desface pe parcursul unui ciclu de dezvoltare psihosexual. Avem de-a face cu conflicte ce se desfășoară pe mai multe fronturi: cel al instinctelor duale (instinctele eului contra celor libidinale sau, în a doua teorie, Eros contra Thanatos) ce se opun unele altora; al instinctelor care se lovesc de solicitările mediului și, mai târziu, de cerințele mediului internalizat – Supraeul, copilului cerându-i-se să navigheze între presiunea internă în direcția gratificației imediate și principiul realității, care cere amânarea gratificației. Individul condus de instincte este astfel în război cu lumea, care împiedică satisfacerea poftelor înnăscute agresive și sexuale.

Psihodinamica neofreudiană (interpersonală)

Neofreudienii – în special Harry Stack Sullivan, Karen Horney și Erich Fromm – oferă o altă viziune asupra conflictelor fundamentale ale individului. Copilul, în loc să fie animat de instincte și preprogramat, este o ființă care, dincolo de calitățile înnăscute neutre precum temperamentul și nivelul de creativitate, este în întregime modelat de mediul cultural și interpersonal. Nevoia de bază a copilului este cea de siguranță – de acceptare interpersonală și aprobare –, iar calitatea interacțiunii cu adulții semnificativi în furnizarea de siguranță îi determină structura caracterului. Deși nu e pus în mișcare de instincte, copilul are totuși o energie înnăscută, o curiozitate și o inocență a corpului, un potențial de dezvoltare și o dorință de posesie exclusivă a adulților iubiți. Aceste atribute nu sunt întotdea-

una consonante cu cerințele adulților semnificativi din preajmă, iar conflictul central este între dezvoltarea naturală a înclinațiilor și nevoia copilului de siguranță și aprobare. Conflictul apare când un copil are destul ghinion încât să posede părinți într-atât de prinși în conflictele lor nevrotice, încât să nu îi poată oferi atenția cuvenită și nici încurajarea necesară pentru dezvoltarea autonomă. O astfel de încleștare compromite întotdeauna dezvoltarea.

Psihodinamica existențială

Perspectiva existențială subliniază o formă diferită de conflict fundamental: nu e un conflict cu tendințele instinctuale reprimate și nici unul cu adulții semnificativi internalizați, ci *un conflict care decurge din confruntarea individuală cu datul existenței*. Prin „datul existenței" înțeleg anumite griji fundamentale, anumite proprietăți intrinseci ce sunt parte, și încă una inevitabilă, a existenței ființelor umane în lume.

Cum anume este descoperită natura acestui dat? Într-un anumit sens, sarcina nu e una dificilă. Metoda constă într-o reflecție personală profundă. Condițiile sunt simple: e nevoie de singurătate, tăcere, timp și eliberarea de distracțiile cotidiene cu care fiecare dintre noi ne umplem lumea experiențială. Dacă am putea da deoparte sau „pune între paranteze" lumea cotidiană, dacă am reflecta profund asupra propriei „situații" în lume, asupra propriei existențe, asupra limitelor, asupra posibilităților, dacă am ajunge la temeiurile ultime, ne-am confrunta invariabil cu datul existenței, cu „structurile de profunzime", pe care de acum încolo le voi numi „griji fundamentale". Procesul de reflecție este adesea catalizat de anumite experiențe cruciale. Aceste situații „la limită" sau „extreme", după cum sunt adesea numite, includ experiențe precum confruntarea cu propria moarte, anumite decizii ireversibile sau prăbușirea anumitor eșafodaje ce furnizau un sens vieții noastre.

Această carte se va ocupa de patru „griji fundamentale": moartea, libertatea, izolarea și lipsa sensului. Confruntarea individului cu fiecare din aceste componente inevitabile ale vieții constituie conținutul conflictului dinamic existențial.

Moartea. Cea mai evidentă grijă fundamentală, cea mai ușor de sesizat, este moartea. Acum existăm, însă, într-o zi, vom înceta să mai fim. Moartea va veni, și nu e nicio scăpare. Este un adevăr teribil căruia îi răspun-

dem înfricoşaţi. În cuvintele lui Spinoza, „fiecare lucru încearcă să persevereze în fiinţarea sa"[3]; iar nucleul conflictului existenţial constă în tensiunea dintre sesizarea inevitabilităţii morţii şi dorinţa de a continua să exişti.

Libertatea. O altă grijă fundamentală, dar mult mai puţin accesibilă, este libertatea. De obicei, ne gândim la libertate ca la un concept în mod univoc pozitiv. Căci n-a luptat oare omul de-a lungul întregii istorii pentru libertatea sa? Totuşi, libertatea privită din punctul de vedere al temeiurilor ultime e acompaniată de spaimă. În sensul său existenţial, „libertatea" se referă la absenţa unei structuri externe. Contrar a ce ne lasă să credem experienţa cotidiană, fiinţa umană nu intră (şi nici nu părăseşte) într-un univers cu o structură internă definită. Mai degrabă, individul este în întregime responsabil, în calitate de autor, pentru propria lume, pentru cum îşi orânduieşte viaţa, pentru propriile alegeri şi acţiuni. Astfel înţeleasă, „libertatea" posedă o implicaţie teribilă: înseamnă că sub noi nu se găseşte niciun temei, ci ne rezemăm pe nimic, pe abis, pe vid. De aceea, confruntarea între lipsa de temei şi dorinţa noastră de temei şi structură va fi o dinamică pivotală.

Izolarea existenţială. Cea de-a treia grijă fundamentală este izolarea – nu izolarea *interpersonală* cu al său companion, solitudinea, şi nici *intrapersonală* (izolarea de unele părţi din sine), ci o singurătate fundamentală – o izolare atât faţă de creaturi, cât şi faţă de lume – subiacentă celorlaltor forme de izolare. Indiferent de cât ne apropiem de ceilalţi, întotdeauna va exista o prăpastie de netrecut: fiecare intră în existenţă singur şi o părăseşte singur. Conflictul existenţial provine deci din tensiunea dintre conştientizarea singurătăţii absolute şi dorinţa de contact, protecţie, dorinţa de a fi parte a unui întreg mai vast.

Lipsa de sens. O a patra grijă fundamentală sau dat al existenţei este lipsa de sens. Dacă va trebui să murim, să ne construim propria lume, dacă fiecare este până la urmă singur într-un univers indiferent, atunci ce sens mai are viaţa? De ce trăim? Cum trebuie să trăim? Dacă nu există niciun proiect prestabilit, atunci trebuie să ne construim fiecare propriile sensuri în viaţă. Şi totuşi, poate un sens creat de cineva să fie suficient de solid încât să-i conducă în spate întreaga viaţă? Conflictul dinamic existenţial provine din dilema unei creaturi ce caută sensul, dar care este aruncată într-un univers lipsit de sens.

„Psihodinamica existențială" se referă așadar la aceste patru daturi, griji fundamentale, precum și la temerile și motivele conștiente și inconștiente generate de fiecare. Perspectiva dinamică existențială păstrează *structura* dinamică fundamentală descrisă de Freud, însă îi modifică în mod radical *conținutul*. Vechea formulă:

PULSIUNE → ANGOASĂ → MECANISME DE APĂRARE*

este înlocuită de

CONȘTIINȚA GRIJII FUNDAMENTALE → ANGOASĂ → MECANISM DE APĂRARE**

Ambele formule presupun că angoasa e cea care alimentează psihopatologia: că procesele psihologice – unele conștiente, iar altele inconștiente – se constituie pentru a gestiona angoasa; că aceste procese psihologice (mecanisme de apărare) generează psihopatologia; și că, deși furnizează siguranță, în general, pun piedici creșterii și experienței. O diferență importantă între cele două abordări dinamice este că Freud pune la începutul funcționării mecanismului său „pulsiunea", în vreme ce constructul existențial pleacă de la percepția individului și de la teamă. După cum o știa și Otto Rank[6], terapeutul are mult mai mult spațiu de manevră dacă vede individul înainte de toate ca pe o ființă care se teme și suferă decât ca pe una animată de instincte.

Aceste patru griji fundamentale – moartea, libertatea, izolarea și lipsa de sens – constituie psihodinamica existențială. Ele joacă un rol extraordinar de important la orice nivel al organizării psihice a individului și au o semnificație enormă în domeniul clinic. Tot ele furnizează un principiu de organizare; fiecare din cele patru secțiuni ale cărții se vor concentra,

* Angoasa este considerată aici cu sensul de semnal de pericol, care se manifestă într-o formă deplasată, sublimată sau simbolică. Cu alte cuvinte, dacă pulsiunile instinctuale nu sunt înfrânte, organismul este pus în pericol, pentru că eul va fi coplseșit, iar pedeapsa (abandonul - castrarea) va fi inevitabilă. În același timp, *mecanismele de apărare* restricționează gratificarea imediată a pulsiunii directe, dar permit exprimarea ei indirectă.

** Aici, *angoasa* izvorăște din frica de moarte, lipsa de temei, izolare și lipsa de sens, iar mecanismele de apărare sunt de două tipuri: (1) mecanismele convenționale de apărare, care au fost descrise în amănunt de Freud, Anna Freud[4] și Sullivan[5], cele care apără individul de angoasă în general, indiferent de sursa acesteia; și (2) *mecanismele specifice de apărare*, pe care le vom discuta imediat, care se nasc cu funcția precisă de a gestiona fiecare din temerile existențiale în parte.

rând pe rând, asupra câte unei dintre preocupările ultime, explorându-i implicațiile filosofice, psihopatologice și terapeutice.

Psihodinamica existențială: chestiunea profunzimii

O altă diferență importantă între dinamica existențială și dinamicile freudiene și neofreudiene provine din modul în care e definită „profunzimea". Pentru Freud, explorarea însemna întotdeauna excavare. Având cumpănirea și răbdarea unui arheolog, el a degajat straturile multiple ale psihicului până a atins nivelul de bază, un nivel al unor conflicte fundamentale ce sunt reziduul psihologic al întâmplărilor *din zorii* vieții individului. Conflictul cel mai profund este conflictul cel mai vechi. Psihodinamica lui Freud pornește de la procesele de dezvoltare, iar ceea ce e „fundamental" sau „primar" va trebui înțeles cronologic : este același lucru cu „primul". De aceea, spre exemplu, sursele „fundamentale" ale angoasei vor fi considerate primele calamități psihosexuale: separația și castrarea.

Dinamica existențială nu este dependentă de un anumit model al dezvoltării. Nu există niciun temei convingător pentru a presupune că „fundamentalul" (adică importantul, ceea ce este de bază) și „primul" (adică lucrul care este cronologic primul) sunt concepte identice. A explora în adâncime din perspectivă existențială nu înseamnă a explora trecutul; înseamnă mai degrabă a lăsa deoparte grijile cotidiene și a te gândi în profunzime la situația existențială. Aceasta înseamnă a gândi în afara timpului, a gândi raportul pe care picioarele le au cu pământul, cel între conștiință și spațiul din jur; înseamnă a te gândi nu cum a ajuns să fie cineva ceea ce este, ci *că* este. Trecutul sau, mai precis, amintirile despre el sunt importante în măsura în care fac parte din existența actuală și contribuie la modul în care omul înfruntă grijile fundamentale; însă nu e, după cum voi discuta mai jos, cel mai fructuos domeniu pentru explorarea terapeutică. Viitorul-devenind-prezent este principalul timp al terapiei existențiale.

Această distincție nu înseamnă că factorii existențiali nu pot fi cercetați din punctul de vedere al psihologiei dezvoltării (iar capitolul 3 explorează în profunzime concepția despre moarte a copilului); însă înseamnă că problemele dezvoltării sunt irelevante atunci când cineva întreabă:

„Care sunt acum, la cele mai adânci niveluri ale ființei mele, cele mai importante surse ale angoasei?" Cele mai timpurii experiențe ale individului, deși, neîndoielnic, importante pentru viață, nu oferă răspunsul la această întrebare capitală. De fapt, reziduul primelor momente ale vieții creează o barieră biologică de natură să oculteze răspunsul. Răspunsul la întrebare este unul transpersonal. Este un răspuns care trece dincolo de istoria unei vieți personale. Este un răspuns care se potrivește oricărei persoane: el aparține „situației" în care se găsește ființa umană în lume.

Această distincție între modelele dezvoltării dinamic, analitic și cel imediat, anistoric, existențial are mai mult decât un interes teoretic: după cum voi arăta în capitolele ce vor urma, ea are consecințe profunde asupra tehnicii și terapeutului.

Orientarea existențială: stranie, dar ciudat de familiară

O bună parte din materialul meu cu privire la grijile fundamentale va părea straniu clinicianului dar, de o manieră ciudată, familiar. Materialul va părea straniu pentru că abordarea existențială intersectează, de o manieră nouă, categorii și tipuri de observații clinice comune. Mai mult, mare parte din vocabular este diferită. Chiar dacă voi evita jargonul filosofului profesionist și voi folosi termeni de simț comun pentru a descrie conceptele existențiale, clinicianul îmi va găsi limbajul străin din punctul de vedere al psihologiei. În ce lexicon psihoterapeutic se mai găsesc termeni precum „alegere", „responsabilitate", „libertate", „izolare existențială", „mortalitate", „scop în viață", „voință"? Computerele bibliotecii medicale au chicotit atunci când le-am cerut să caute bibliografie cu aceste subiecte.

Și totuși, clinicianul va găsi în ele multe aspecte familiare. Cred că un clinician cu experiență operează adesea de o manieră implicită într-un cadru existențial: „în fibra sa" el își dă seama de grijile pacientului și reacționează pe măsură. Tocmai la această reacție mă refeream adineauri când vorbeam de acele „ingrediente" cruciale. O sarcină importantă a cărții va fi de a reorienta terapeutul astfel încât să ia în seamă aceste griji vitale și tranzacțiile care au loc în marginea terapiei formale, pentru a le așeza acolo unde le e locul – în centrul arenei terapeutice.

Un alt element familiar este dat de faptul că grijile existențiale importante au fost recunoscute și discutate de când oamenii au început să scrie, iar primatul lor a fost recunoscut de un șir neîntrerupt de filosofi, teologi și poeți. Acest fapt ne poate contraria sentimentul de mândrie că suntem moderni, cel al unui progres infinit; însă din alt punct de vedere, ne vom simți mai siguri pe un drum bătătorit, ce vine din negura timpurilor și este jalonat de cei mai înțelepți oameni.

Aceste surse existențiale de teamă sunt familiare și pentru că sunt experiențe ale terapeutului, care e și el un om ca oricare altul; ele nu sunt în niciun fel provincia exclusivă a individului cu tulburări mentale. Voi sublinia în mod repetat că ele fac parte din condiția umană. Ne putem totuși întreba atunci cum poate o teorie psihopatologică* să fie construită pornind de la factori experimentați de toți indivizii? Desigur, răspunsul e că fiecare experimentează stresul condiției umane de o manieră extrem de personală. Din acest punct de vedere, modelul existențial nu diferă semnificativ de orice altă teorie importantă cu care se află în competiție. Orice individ trece prin anumite faze de dezvoltare, fiecare cu angoasa care îi e caracteristică. Oricine trece prin conflictul oedipian, prin apariția neliniștitoare a sentimentelor agresive și sexuale, prin angoasa de castrare (cel puțin în cazul sexului masculin), prin durerea individuării și separației și prin multe alte schimbări adânci survenite ca urmare a dezvoltării. Singurul model psihopatologic care nu e bazat pe factori universali din domeniul experienței este cel fundamentat pe trauma acută. Totuși, nevrozele traumatice sunt rare. Imensa majoritate a pacienților suferă de stres, care în varii grade e de regăsit în experiența oricui.

Doar universalitatea suferinței umane poate de fapt explica observația comună că statutul de pacient este ubicuu. André Malraux, ca să citez o astfel de observație, a întrebat odată un paroh care era confesor de cincizeci de ani ce a învățat despre om. Preotul a replicat: „În primul rând, oamenii sunt mult mai nefericiți decât credem... Iar faptul fundamental e că nu există adulți".[7] Adesea, doar circumstanțele exterioare fac dintr-o anumită persoană un pacient: de pildă, resursele financiare, disponibilitatea

* În această discuție, ca pretutindeni în acest text, mă voi referi la tulburările de origine psihologică, și nu la psihozele grave, cauzate de factori biochimici.

unui psihoterapeut, atitudini personale și culturale față de terapie, alegerea unei profesii – majoritatea psihoterapeuților devin ei înșiși pacienți *bona fide*. Atotprezența stresului este unul dintre principalele motive pentru care savanții întâmpină dificultăți când încearcă să definească și să descrie normalitatea: diferența dintre normalitate și patologic este cantitativă, și nu calitativă.

Modelul contemporan care pare a se acorda cel mai bine cu datele empirice e analog modelului din medicina somatică, ce sugerează că maladia infecțioasă nu este pur și simplu rezultatul invaziei organismului de către un agent viral sau bacterian. Boala este mai degrabă rezultatul unui dezechilibru între agentul patogen și rezistența gazdei. Cu alte cuvinte, agenții patogeni există în organism tot timpul, la fel cum stresul inerent vieții afectează toți indivizii. Îmbolnăvirea sau nu a individului depinde de rezistența la maladie a organismului (altfel spus, de factori precum sistemul imunitar, hrana sau oboseala): maladia apare atunci când rezistența este scăzută, chiar dacă toxicitatea și virulența agentului patogen sunt neschimbate. Astfel, orice ființă umană trece prin situații dificile, însă unii sunt incapabili să le gestioneze: psihopatologia depinde nu doar de prezența sau absența stresului, ci și de interacțiunile dintre stresul omniprezent și mecanismele de apărare ale individului.

Ideea că grijile existențiale fundamentale nu își fac niciodată apariția în cadrul terapiei decurge din omisiunea selectivă a terapeutului: un auditor aflat pe frecvența potrivită va găsi material explicit și abundent. Terapeutul poate alege să nu se ocupe totuși de grijile existențiale fundamentale pur și simplu din cauză că sunt experiențe universale, și ca atare din explorarea lor nu poate rezulta ceva constructiv. Într-adevăr, cum am remarcat adesea în activitatea clinică, atunci când preocupările existențiale sunt explorate în premieră, terapeutul și pacientul sunt energizați puternic pentru o scurtă perioadă de timp; însă discuția devine repede dezlânată, iar pacientul și terapeutul par a susține tacit: „Ei bine, asta e viața! Hai să trecem la ceva nevrotic, ceva ce poate fi rezolvat!"

Alți terapeuți se feresc să abordeze grijile existențiale nu numai deoarece acestea sunt universale, ci și pentru că sunt mult prea înfricoșătoare pentru a fi înfruntate. La urma urmei, pacienții nevrotici (și terapeuții, de asemenea) au destule să se îngrijoreze, ca să mai țină seama și de alte lu-

cruri „plăcute", precum moartea sau lipsa de sens. Acești terapeuți sunt de părere că e mai bine să ignorăm problemele existențiale, deoarece există doar două moduri în care putem gestiona brutalitatea datului existențial al vieții (adevărul angoasat și negarea) și niciunul nu e ușor de digerat. Cervantes a exprimat această problemă atunci când nemuritorul său Don a spus: „Ce ai alege: nebunia înțeleaptă sau normalitatea nebună?"

Poziția terapeutică existențială, după cum voi încerca să arăt în capitolele ce vor urma, respinge această dilemă. Înțelepciunea nu conduce la nebunie și nici negarea la sănătate mentală: confruntarea cu datul existenței e dureroasă, dar, până la urmă, vindecătoare. Un travaliu terapeutic de calitate este întotdeauna însoțit de sondarea realității și de căutarea clarificării personale; terapeutul care decide că anumite aspecte ale realității și ale adevărului trebuie evitate se găsește pe un teren minat. Comentariul lui Thomas Hardy că „dacă e să fie o cale către mai bine, ea va cere privirea în față a ce e mai rău"[8] e un bun cadru pentru abordarea terapeutică pe care o voi descrie.

Domeniul psihoterapiei existențiale

Psihoterapia existențială seamănă cu un copil al străzii. Ea nu „aparține" niciunui loc. Nu posedă un sediu, o școală formală sau o instituție; nu este bine-venită în cercurile academice superioare. Nu are o societate formală, nici o publicație solidă (câteva progenituri bolnăvicioase au murit din pruncie), nici o familie stabilă și nici un *pater familias*. Totuși, are o genealogie, câțiva veri împrăștiați ici și acolo, prieteni de familie, unii în lumea veche, alții în America.

Filosofia existențialistă: căminul ancestral

„Existențialismul nu este ușor de definit." Astfel începe discutarea filosofiei existențialiste în principala enciclopedie filosofică a momentului[9]. Majoritatea celorlalte referințe încep de o manieră similară, subliniind că filosofi etichetați drept „existențialiști" pot să fie în dezacord asupra oricărui punct important (asta dacă lăsăm deoparte aversiunea pentru faptul că sunt astfel etichetați). Majoritatea textelor filosofice rezolvă problema definiției enumerând o listă de teme legate de existență (de pildă,

ființa, alegerea, moartea, singurătatea, absurdul), și îi declară filosofi existențialiști pe cei ce își dedică opera explorării lor. (Aceasta e desigur strategia pe care o folosesc și eu pentru a circumscrie domeniul psihoterapiei existențiale.)

Există în filosofie o tradiție „existențialistă" ca și o „școală" formală existențialistă. Evident, tradiția existențialistă este fără vârstă. Ce mare gânditor nu și-a îndreptat atenția într-un punct al vieții și al operei sale către problemele de viață și de moarte? Totuși, școala formală de filosofie existențialistă posedă un început clar. Unii îl plasează într-o după-amiază din 1834, când un tânăr danez stătea într-o cafenea, fumând un trabuc și meditând la faptul că e pe cale să îmbătrânească fără a lăsa nimic pe lume. Se gândea la mulțimea prietenilor săi de succes:

> *...binefăcători ai epocii care știu cum să facă bine omenirii făcând viața mai ușoară, unii prin intermediul căilor ferate, alții prin intermediul omnibuzelor și vaselor cu aburi, alții cu telegraful, alții prin compendii ușor de înțeles și scurte relatări privitoare la orice merită cunoscut și, în final, adevărații binefăcători ai epocii, care prin intermediul gândului fac existența spirituală din ce în ce mai ușoară.*[10]

Trabucul i s-a terminat. Tânărul danez Sören Kierkegaard și-a aprins încă unul și a continuat să se gândească. Deodată, prin minte i-a fulgerat următorul gând:

> *Trebuie să faci ceva,* dar *cum, din cauza limitărilor tale, nu poți să faci lucrurile mai ușoare decât sunt, cu același entuziasm umanitar ca și ceilalți, va trebui să încerci să le faci mai dificile.*[11]

El a concluzionat că atunci când totul se coalizează pentru a face lucrurile mai ușoare există pericolul ca ușurința să devină excesivă. Probabil că este nevoie de cineva care să facă lucrurile iarăși complicate. Prin minte i-a trecut ideea că și-a descoperit destinul: va trebui să plece în căutarea dificultăților, ca un nou Socrate.[12] Dar care dificultăți? Nu au fost greu de identificat. A trebuit doar să își îndrepte atenția asupra propriei situații existențiale, asupra propriilor spaime, alegeri, posibilități și limitări.

Kierkegaard și-a dedicat restul scurtei sale vieți explorării propriei situații existențiale, iar în anii 1840 a publicat un număr de scrieri existențialiste importante. Opera sa a rămas netradusă mulți ani și a exercitat o influență redusă până după Primul Război Mondial, când și-a găsit un teren fertil, intrând în atenția lui Martin Heidegger și Karl Jaspers.

Relația terapiei existențiale cu școala filosofică existențialistă este asemănătoare celei dintre farmacologia clinică și cercetarea biochimică. Voi recurge în mod frecvent la opere filosofice pentru a explica, ilustra, corobora unele dintre problemele clinice; însă nu stă în intenția mea (și nici în sfera de expertiză) să discut de o manieră cuprinzătoare operele vreunui filosof sau principalele teze ale filosofiei existențialiste. Aceasta este o carte adresată clinicienilor și intenționez să fie utilă din punct de vedere clinic. Excursurile mele filosofice vor fi scurte și pragmatice; voi încerca să mă limitez doar la domeniile care oferă instrumente pentru travaliul clinic. Filosofii profesioniști vor avea toate motivele să mă asemuie unui jefuitor viking ce înhață pietrele prețioase, dar lasă în urmă montura lor complicată.

Deoarece educația unei strivitoare majorități a psihoterapeuților include puțin sau deloc filosofia, nu voi presupune existența niciunui bagaj filosofic din partea cititorilor mei. Atunci când voi recurge la texte filosofice, o voi face de o manieră cât mai simplă, eliberată de jargon – întâmplător nu o sarcină ușoară câtă vreme filosofii existențialiști profesioniști depășesc până și pe teoreticienii psihanalizei în uzul unui limbaj tulbure și întortocheat. Cel mai important text din domeniu, *Ființă și timp* a lui Heidegger, este chiar campionul absolut al obscurității de limbaj.

Nu am înțeles niciodată motivul alegerii unui limbaj impenetrabil și care să sune profund. Conceptele existențiale fundamentale nu sunt complexe și nu au nevoie să fie descifrate și analizate meticulos. Au nevoie mai degrabă să fie descoperite. Orice persoană, la un moment al vieții, intră într-o pasă meditativă și are un comerț cu preocupările existențiale ultime. Nu de explicații formale e nevoie: sarcina filosofului, ca și a terapeutului este să readucă la lumină conținutul refulat, să refamiliarizeze individul cu acel ceva pe care l-a știut tot timpul. Este tocmai motivul pentru care mulți gânditori existențialiști (de pildă, Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Miguel de Unamuno, Martin Buber) preferă expunerea literară

argumentului filosofic formal. Însă, mai presus de toate, filosoful și terapeutul trebuie să încurajeze individul să privească înăuntrul său și să fie atent la propria situație existențială.

Analiștii existențiali: rude din lumea veche

Unii psihiatri s-au împotrivit multora dintre tezele fundamentale ale abordării psihanalitice freudiene. Aceștia au ridicat obiecții la adresa modelului funcționării psihice al lui Freud, criticând eforturile acestuia de a înțelege ființa omenească prin intermediul conceptului de conservare a energiei împrumutat din științele naturii și au sugerat că o astfel de abordare conduce la o imagine incorectă a ființei umane. Dacă acest concept va fi aplicat pentru a explica toți indivizii, au argumentat ei, vom pierde unicitatea experienței personale. Aceștia i-au imputat lui Freud reducționismul (altfel spus, trasarea originii oricărui comportament în câteva pulsiuni fundamentale), materialismul (adică explicarea a ceea ce e mai înalt prin ce e mai jos), ca și determinismul (opinia potrivit căreia funcționarea minții este cauzată de factori preexistenți ce pot fi identificați).

Diferitele analize cad de acord asupra unui element procedural fundamental: analistul trebuie să abordeze pacientul de o manieră fenomenologică, adică el trebuie să intre în lumea experiențială a pacientului și să scruteze fenomenele din acea lume fără presupoziții care distorsionează înțelegerea. Așa cum spunea Ludwig Binswanger, unul dintre cei mai cunoscuți *analiști existențiali*: „Nu există un singur cadru spațio-temporal, ci câți subiecți, tot atâtea cadre spațio-temporale". [13]

Dincolo de reacția împotriva lui Freud și contra modelului său mecanicist-determinist al minții și dincolo de o asumare a unei abordări fenomenologice în terapie, analiza existențială are puțin de a face cu o școală ideologică închegată și nu a fost considerată astfel niciodată. Acest grup de gânditori – care îl include pe Ludwig Binswanger, Melard Boss, Eugene Minkowsky, V.E. Gebsattel, Roland Kuhn, G. Caruso, F.T. Buytendijk, G. Bally și Viktor Frankl – a fost aproape totalmente ignorat de comunitatea psihoterapeutică din America, până când Rollo May, în influenta sa carte din 1956, *Existence* [*Existența*], și, mai ales, în eseul introductiv[14], a făcut cunoscută și în S.U.A. opera lor.

Totuşi, astăzi, la mai mult de douăzeci de ani după apariţia cărţii lui May, rămâne frapant cât de puţină influenţă exercită aceste nume asupra psihoterapeuţilor care practică în America. Ele înseamnă puţin mai mult decât feţele necunoscute ale deghereotipurilor decolorate din albumul de familie. În parte, această uitare provine din bariera lingvistică: lăsând deoparte câteva din scrierile lui Binswanger, Boss şi Frankl, aceşti filosofi au fost rar traduşi. În cea mai mare parte, cauza rezidă în obscuritatea scriiturii: sunt bine înrădăcinaţi în *Weltanschauung*-ul filosofic de factură continentală, îndepărtat de tradiţia terapeutică pragmatică americană. De aceea, analiştii existenţiali continentali rămân împrăştiaţi şi, de regulă, rude cu care s-a pierdut contactul în privinţa abordării terapeutice existenţiale pe care intenţionez să o descriu. Nu voi face prea des apel la ei, cu excepţia singulară a lui Viktor Frankl, un gânditor eminamente pragmatic, a cărui operă a fost tradusă în mod consistent.

Psihologii umanişti: rudele exuberante din America

Tendinţa analitică existenţială din Europa a apărut din dorinţa de a aplica noţiunile filosofice studiului clinic al persoanei şi ca o reacţie la modelul freudian al omului. În Statele Unite, o astfel de mişcare a început să îşi facă simţită prezenţa la sfârşitul anilor ´50, a ieşit în prim-plan în anii ´60 şi a început să se agite nebuneşte în toate direcţiile în anii ´70.

Psihologia academică era în anii ´50 dominată de două şcoli ideologice importante. Prima, şi de departe cu hegemonia cea mai lungă, a fost comportamentalismul pozitivist ştiinţific; a doua era psihanaliza freudiană. O voce slabă auzită pentru prima oară la sfârşitul anilor ´30 şi ´40 a aparţinut psihopatologilor şi psihologilor sociali, care convieţuiau inconfortabil între zidurile psihologiei experimentale. Gradual, aceşti teoreticieni ai personalităţii (de pildă, Gordon Allport, Henry Murray şi Gardner Murphy, iar, mai târziu, George Kelly, Abraham Maslow, Carl Rogers şi Rollo May) s-au simţit stânjeniţi atât de limitările şcolilor comportamentaliste, cât şi de cele ale şcolii psihanalitice. Au simţit că ambele abordări ideologice ale persoanei excludeau unele din cele mai importante calităţi ce fac din fiinţa umană o fiinţă umană – de pildă, preferinţele valorice, iubirea, creativitatea, conştiinţa de sine, potenţialul uman. În 1950, aceştia au fondat în mod formal o nouă şcoală ideo-

 logică, pe care au intitulat-o „psihologie umanistă". Psihologia umanistă, uneori numită „a treia forță" în psihologie (după comportamentalism și psihanaliza freudiană), a devenit o instituție robustă, cu un număr în creștere de aderenți și o convenție anuală la care participau mii de specialiști în domeniul sănătății mentale. În 1961, Asociația Americană de Psihologie Umanistă* a pus bazele periodicului *Journal of Humanistic Psychology* [*Jurnalul de Psihologie Umanistă*], care a inclus în comitetul său editorial figuri bine cunoscute precum Carl Rogers, Rollo May, Lewis Mumford, Kurt Goldstein, Charlotte Buhler, Abraham Maslow, Aldous Huxley și James Bugental.

Tânăra organizație a făcut câteva încercări să se autodefinească. În 1962, aceasta a declarat formal:

> *Psihologia umanistă este preocupată în principal cu acele capacități și potențiale omenești ce nu sunt luate în seamă sau au un loc modest atât în teoria pozitivistă sau comportamentalistă, cât și în teoria psihanalitică, în varianta sa clasică, cum ar fi dragostea, creativitatea, sinele, dezvoltarea, organismul, satisfacerea nevoilor de bază, autoactualizarea, valorile superioare, existența, devenirea, spontaneitatea, jocul, umorul, afecțiunea, naturalețea, căldura, transcendența eului, obiectivitatea, autonomia, responsabilitatea, sensul, corectitudinea, experiențele transcendentale, sănătatea psihică și conceptele înrudite*[15].

În 1963, președintele asociației, James Bugental, a propus cinci teze fundamentale:

1. *Omul, ca om, este mai mult decât suma părților sale* (altfel spus, omul nu poate fi înțeles prin studiul științific al funcțiilor sale parțiale).
2. *Omul își manifestă ființa într-un context uman* (altfel spus, omul nu poate fi înțeles prin intermediul funcțiilor sale parțiale și prin ignorarea experienței interpersonale).
3. *Omul este conștient de sine* (și nu poate fi înțeles de către o psihologie care nu acceptă că el are o conștiință de sine neîntreruptă și pluristratificată).

* American Association of Humanistic Psychology, în original (*N.t.*)

4. *Omul este liber să aleagă* (el nu este spectatorul propriei existențe, ci își creează propria experiență).
5. *Omul este o ființă intențională** (omul se îndreaptă spre viitor, urmărește un scop, niște valori și un sens)[16].

O bună parte din conținutul manifestelor timpurii – antideterminismul, accentul pus pe libertate, alegere, scop, valori, responsabilitate, universul ireductibil al experienței individuale – e de o mare importanță în sistemul de referință existențial pe care îl voi prezenta în această carte. Acest domeniu al psihologiei umaniste americane nu e nicidecum sinonim cu tradiția existențialistă continentală; există o diferență fundamentală de accent. Tradiția existențialistă europeană a subliniat întotdeauna limitările omului și dimensiunile tragice ale existenței. Probabil cauza e că europenii posedă o mai mare familiaritate cu limitarea geografică și etnică, cu moartea, războiul și existența nesigură. Statele Unite (și psihologia umanistă pe care a generat-o) se scaldă într-un *Zeitgeist* expansiv, optimist și pragmatic, așezat în niște orizonturi nelimitate. Ca atare, gândirea existențialistă importată a fost sistematic remodelată. Fiecare din postulatele de bază are un accent clar de New York. Europenii se concentrează pe limite, pe înfruntarea și asumarea angoasei, a incertitudinii și a neființei. Psihologii umaniști, pe de altă parte, vorbesc mai puțin de limite și contingență, cât despre dezvoltarea potențialului, mai puțin despre acceptare, cât despre cunoaștere, mai puțin despre anxietate, cât de revelații și fuziunea cu absolutul, mai puțin de sensul vieții și mai mult despre autorealizare, mai puțin despre sfera individuală și singurătate, cât despre întâlnirea Eu-Tu.

În anii ´60, contracultura și fenomenele sociale ce o însoțeau – cum ar fi mișcarea pentru libertatea de expresie, mișcarea hippie, cultura drogurilor, tehnicile de dezvoltare a potențialului uman, revoluția sexuală – au înghițit mișcarea psihologică umanistă. În curând, congresele au dezvoltat aspecte carnavalești. Cupola cuprinzătoare a psihologiei umaniste a fost mai presus de toate generoasă și, în curând, a adăpostit un număr uluitor de școli care abia mai puteau să converseze între ele, fie și într-un esperanto existențial. Terapia gestaltistă, terapia transpersonală, grupuri-

* Semnificația pe care o dăm în acest caz „intenționalului" trebuie distinsă de folosirea tradițională filosofică a conceptului de „intenționalitate", care se referă la trăsătura conștiinței de a fi întotdeauna ațintită către un obiect; altfel spus, conștiința este conștiință a ceva.

 le de întâlnire, medicina holistă, psihosinteza, sufismul și multe altele au țâșnit în arenă. Noile tendințe au orientări valorice cu consecințe semnificative pentru terapie. Putem constata accentul pus pe hedonism („dacă îți produce o stare de bine, fă-o"), pe antiintelectualism (care consideră orice abordare cognitivă drept „nocivă pentru minte"), pe realizarea individuală („fă ce crezi că trebuie să faci", „revelațiile") și pe autoactualizare (credința în perfectibilitatea umană este împărtășită de majoritatea psihologiilor umaniste, cu excepția importantă a lui Rollo May, care e mai adânc înrădăcinat în tradiția filosofică existențialistă).

Aceste tendințe în multiplicare, în special cele antiintelectualiste, au condus repede la un divorț între lumea academică și psihologia umanistă. Psihologii umaniști aflați în funcții academice respectabile s-au simțit stânjeniți de alaiul pe care îl atrăgeau și treptat și-au retras afilierea. Fritz Perls, care este departe de a fi un avocat al rigorii, și-a exprimat o îngrijorare intensă cu privire la „iluminați", la cei pentru care „orice merge", la abordarea bazată pe „conștientizarea sensibilă imediată"[17], iar cele trei figuri care au furnizat psihologiei umaniste șefia intelectuală – May, Rogers și Maslow – au devenit din ce în ce mai ambivalente față de aceste tendințe iraționale și și-au redus susținerea activă.

Psihoterapia existențială și-a construit astfel o relație ambiguă cu psihologia umanistă. Cele două împărtășesc totuși multe principii, iar mulți psihologi umaniști posedă o înclinație existențială. Dintre aceștia, Maslow, Perls, Bugental, Buhler și mai ales Rollo May vor fi frecvent citați în acest text.

Psihanaliza umanistă: prieteni de familie

Mai rămâne însă un grup de rude, pe care îi voi numi „psihanaliști umaniști", și care s-au desprins devreme din arborele genealogic de care vorbeam. Deși nu au fost niciodată considerați un grup unitar, operele lor sunt în bună măsură apropiate. Principalele voci ale acestui grup – Otto Rank, Karen Horney, Erich Fromm și Helmuth Kaiser – au fost cu toții formați în tradiția de psihanaliză freudiană europeană, dar au emigrat în America; și toți, cu excepția lui Rank, au avut contribuții semnificative atunci când au pătruns în comunitatea intelectuală americană. Toți îi obiectau lui Freud modelul unui comportament omenesc animat de instincte și fiecare a pro-

pus corecții importante. Deși opera tuturor a fost vastă, pentru o perioadă de timp, fiecare și-a îndreptat atenția asupra câte unui aspect al terapiei existențiale. Rank, ale cărui contribuții au fost în mod strălucit dezvoltate de interpretul său de mai târziu, Ernest Becker, a subliniat importanța voinței și a angoasei de moarte; Horney a subliniat influența viitorului asupra comportamentului (individul este mai degrabă motivat de scop, idealuri și obiective decât format de evenimentele trecute); Fromm a aruncat cu măiestrie o nouă lumină asupra rolului fricii de libertate în comportament; la rândul său, Kaiser a abordat problema responsabilității și a singurătății.

Alături de aceste ramificații ale filosofiei, ale psihologiei umaniste și ale psihanalizei de orientare umanistă, arborele genealogic al terapiei existențiale mai conține un segment important, dat de marii scriitori care, în egală măsură cu frații lor din interiorul specialităților enumerate, au explorat și explicat chestiunile existențiale. Astfel, vocile lui Dostoievski, Tolstoi, Kafka, Sartre, Camus și mulți alți iluștri maeștri vor fi adesea auzite pe parcursul acestei cărți. Literatura mare supraviețuiește, după cum arăta Freud în discuția sa asupra lui mitului lui Oedip[18], deoarece există ceva în cititor care iese la iveală spre a îmbrățișa adevărul. Adevărul personajelor de ficțiune ne mișcă deoarece este adevărul nostru. În plus, marile opere de literatură ne învață ceva despre noi înșine, deoarece sunt brutal de cinstite, la fel de cinstite ca datele clinice: marele romancier, oricum și-ar împărți personalitatea în mai multe personaje, este în ultimă instanță extrem de relevant pentru oricine. Undeva, Thornton Wilder scria: „Dacă Regina Elisabeta, Frederic cel Mare sau Ernest Hemingway și-ar citi biografiile, ar exclama: «Ha! Secretul meu e încă în siguranță!» Însă, dacă Natașa Rostov ar citi *Război și Pace*, ar striga, acoperindu-și fața cu mâinile: «Cum și-a dat seama? Cum și-a dat seama?»"[19]

Psihoterapia existențială și comunitatea academică

Mai devreme, am asemuit terapia existențială cu un vagabond căruia nu i s-a permis accesul în cercurile academice mai selecte. Lipsa unui sprijin din partea psihiatriei și psihologiei academice are implicații semnificative în domeniul terapiei existențiale, deoarece instituțiile academice controlează toate rutele de aprovizionare vitale pentru dezvoltarea disci-

măcar cercetătorii în domeniul psihoterapiei nu își iau descoperirile suficient de în serios pentru a-și modifica modul cum abordează cura[22].

Tot de notorietate e că marea majoritate a clinicienilor încetează cercetarea empirică de îndată ce își finalizează teza de doctorat sau capătă un post universitar. Însă, dacă avem de a face cu o cercetare ce țintește spre adevăr, de ce își abandonează definitiv tabelele cu numere psihologii și psihiatrii care și-au satisfăcut obligațiile academice? Cred că, pe măsură ce clinicianul devine din ce în ce mai matur, începe să aprecieze că există probleme inerente studiului empiric al psihoterapiei.

O experiență personală poate exemplifica bine situația. Acum câțiva ani, am participat alături de câțiva colegi la un proiect de cercetare amplu, având ca subiect procesele și efectele grupurilor de întâlnire. Rezultatele le-am publicat într-o carte, *Encounter groups: first facts* [*Grupurile de întâlnire: prime constatări*][23], care a fost considerată o referință în materie de precizie a muncii clinice și a fost atacată foarte zgomotos de mulți psihologi umaniști. Chiar un număr din *Revista de Psihologie Umanistă,* de care am mai vorbit, a fost rezervat pentru a ataca viguros lucrarea. Cei doi colegi ai mei au scris replici robuste și concluzive la adresa criticilor, însă eu nu am făcut-o. În primul rând, eram cu totul și cu totul acaparat de scrierea cărții de față. Însă, la un nivel mai adânc, mă îndoiam cu privire la sensul cercetării noastre – nu asupra argumentelor public atacate, ci în legătură cu altceva: nu puteam să cred că adevărata experiență a participanților putea fi descrisă adecvat de către abordarea noastră extrem de tehnică, statistică și computerizată. Mi-a dat de gândit mai ales una dintre constatările legate de nucleul metodologic al cărții[24]: folosiserăm o baterie enormă de instrumente psihologice pentru a evalua cât s-a schimbat fiecare participant la grupul de întâlnire. Măsurarea rezultatelor s-a făcut din patru perspective distincte: (1) cea a participantului însuși, (2) cea a liderului grupului, (3) cea a celorlalți membri ai grupului și (4) cea a rețelei sociale a participantului. Aceste patru perspective asupra schimbării nu se corelau deloc! Cu alte cuvinte, acordul între diversele surse de informație cu privire la cine s-a schimbat și cât s-a schimbat era nul.

Desigur, există diverse proceduri statistice care pot „manipula" aceste descoperiri, însă rămâne faptul că evaluarea efectelor terapiei este una extrem de relativă și depinde decisiv de sursa de informație. Nu e o problemă care să caracterizeze doar acest proiect: ea afectează orice studiu al

rezultatelor unei psihoterapii. Cu cât sunt folosite mai multe metode pentru a evalua rezultatul, cu atât mai puțin sigur devine cercetătorul de propriile rezultate!

Cum rezolvă cercetătorii această dificultate? O metodă constă în creșterea gradului de siguranță prin adresarea unui număr redus de întrebări și utilizarea unei singure surse pentru date. O altă metodă obișnuită e ocolirea criteriilor „soft" sau subiective și măsurarea doar a celor obiective, cum ar fi cantitatea de alcool consumată, de câte ori un partener îl întrerupe pe celălalt, numărul de înghițituri de mâncare, răspunsul galvanic al pielii, dimensiunile erecțiilor când sunt vizionate diapozitive cu nuduri. Însă vai de cercetătorul care încearcă să măsoare factorii importanți cum ar fi capacitatea de a iubi sau de a avea grijă de cineva, plăcerea de a trăi, scopul, generozitatea, exuberanța, autonomia, spontaneitatea, umorul, curajul sau angajarea. În mod repetat, cercetarea psihoterapeutică se va lovi de un dat fundamental: precizia rezultatului este direct proporțională cu banalitatea variabilelor studiate. Straniu fel de știință!

Care ar fi alternativa? Metoda adecvată pentru înțelegerea lumii interioare a celuilalt este una „fenomenologică". Ea constă în a te adresa fenomenelor însele, în a-l întâlni pe celălalt fără instrumente și presupoziții „standardizate". În măsura posibilului este necesară așezarea propriei perspective „între paranteze" și intrarea în universul experiențelor celuilalt. O astfel de abordare a cunoașterii semenilor este perfect fezabilă în psihoterapie: orice terapeut de calitate încearcă să relaționeze cu pacientul în acest fel. E ceea ce se numește „empatie", atenție, ascultare autentică, acceptare fără a judeca sau atitudine „naiv-disciplinată" – pentru a folosi fericita expresie a lui May[25]. Terapeuții existențiali au cerut întotdeauna ca terapeutul să încerce mai degrabă să înțeleagă lumea privată a pacientului, decât să se concentreze pe modul în care pacientul deviază de la „norme". Însă această abordare fenomenologică, prin definiție nonempirică, ridică probleme grele și încă nerezolvate cercetătorului care încearcă să respecte standardele științifice stricte în propria muncă.

În pofida acestor rezerve, pregătirea mea profesională m-a obligat să fiu atent la cercetările existente cu privire la fiecare din cele patru griji existențiale fundamentale: moartea, libertatea, izolarea și lipsa sensului. Și

desigur că o cercetare atentă poate arunca lumină asupra multora din sferele de cercetare. Spre exemplu, cercetarea ne poate spune frecvența cu care pacienții sunt preocupați în mod explicit de problemele existențiale sau cât de frecvent terapeuții sesizează aceste griji.

Deoarece multe din problemele existențiale nu au fost studiate în mod explicit de către cercetători, am luat în considerare și cercetările din domenii adiacente, care pot fi semnificative pentru problemele în cauză. Spre exemplu, capitolul 6 discută cercetările pe tema „locului controlului", deoarece sunt relevante pentru responsabilitate și voință.

Alte subiecte nu permit, din motivele discutate, cercetarea empirică. Prin urmare, cercetătorii au selectat anumite elemente problematice mai accesibile studiului. Spre exemplu, după cum vom vedea, există mai multe scale pentru „angoasa de moarte" utilizate în studiul fenomenului anxietății, însă de o manieră atât de superficială și de normativă, încât devin puțin relevante. Asta îmi aduce aminte de povestea în care un om caută noaptea o cheie nu pe aleea întunecată unde a pierdut-o, ci sub felinarul unde lumina e mai bună. Voi cita aceste cercetări referitoare la părți din problemele invocate, însă cu rezervele de rigoare.

Există și alte domenii unde cunoașterea trebuie să rămână intuitivă. Anumite adevăruri ale existenței sunt atât de clare și sigure, încât argumentul logic și testarea din cercetarea empirică par întru totul gratuite. Se spune despre neuropsihologul Karl Lashley că la un moment dat a spus: „Dacă reușești să înveți un câine să cânte la vioară, nu ai nevoie de un cvartet de coarde să o dovedești".

Am încercat să scriu această carte într-un stil suficient de limpede și lipsit de jargon pentru a fi înțeleasă de către cititorul profan. Totuși, publicul principal căruia i-o adresez este format din psihoterapeuții aflați în formare sau practicanți. E important de remarcat că, deși nu presupun pentru cititorul meu o educație filosofică formală, totuși presupun o cunoaștere de fond a psihologiei clinice. Nu reclam întâietate sau că ofer un text de psihoterapie complet, însă aștept de la cititor să fie familiar cu sistemele explicative clinice obișnuite. Prin urmare, atunci când voi descrie fenomenele clinice raportându-mă la un sistem de referință existențial, nu voi oferi întotdeauna o modalitate explicativă alternativă. Sarcina mea ar consta în descrierea coerentă a unei abordări bazate pe grijile existențiale, făcând astfel explicite procedurile utilizate implicit de majoritatea terapeuților.

Nu pretind că descriu *Teoria* psihopatologică și psihoterapeutică. Vreau în schimb să ofer o paradigmă, un construct psihologic ce pune la dispoziția clinicianului un sistem de explicații – un sistem care îi permite să priceapă un număr important de date clinice și să formuleze o strategie psihoterapeutică sistematică. E o paradigmă cu o putere explicativă considerabilă; e economică (adică se întemeiază pe un număr redus de presupoziții fundamentale) și e accesibilă (adică asumpțiile au la bază experiențe care pot fi percepute intuitiv de orice individ ce practică introspecția). În plus, este o paradigmă ce se înrădăcinează în umanism, în consonanță cu natura profund umanistă a demersului terapeutic.

Însă este doar *o paradigmă*, nu *Paradigma* – utilă în cazul anumitor pacienți, dar nu peste tot; potrivită pentru unii terapeuți, dar nu pentru toți. Orientarea existențială este o abordare clinică printre altele. Resistematizează datele clinice, dar, ca orice paradigmă, nu e capabilă de hegemonie și nici de a explica totalitatea comportamentului. Ființa omenească e mult prea complexă și are mult prea multe posibilități.

Existența umană este inexorabil liberă și de aceea incertă. Instituțiile culturale și constructele psihologice ascund acest lucru, însă confruntarea cu situația existențială ne amintește că paradigmele sunt autocreate, bariere fragile împotriva durerii incertitudinii. În abordarea teoretică existențială, la fel ca în oricare alta, terapeutul matur trebuie să fie capabil să accepte această incertitudine fundamentală.

PARTEA I

MOARTEA

În următoarele patru capitole voi explora rolul jucat de conceptul morții în psihopatologie și psihoterapie. Postulatele fundamentale pe care le voi enunța sunt simple:

1. Teama de moarte joacă un rol important în experiența noastră internă; ne bântuie ca nimic altceva; murmură continuu în subteran; e o prezență întunecată și neliniștitoare în franja conștiinței.
2. De la o vârstă fragedă, copilul este îngrijorat în întreaga sa ființă de moarte, iar sarcina sa capitală în cadrul dezvoltării este de a răspunde teribilelor temeri că va dispărea de pe această lume.
3. Pentru a face față acestor temeri, ne edificăm bariere de apărare împotriva conștientizării morții, bazate pe negare, ce modelează structura caracterului și care, în cazul în care conduc la inadaptare, generează simptome clinice. Cu alte cuvinte, psihopatologia este rezultatul unor moduri ineficace de a transcende moartea.
4. În fine, o abordare robustă și eficace a psihoterapiei trebuie edificată luând în considerare conștiința morții.

Capitolul 2 va oferi o imagine generală a rolului conceptului morții în psihoterapie, va prezenta datele clinice și rezultatele cercetării, iar mai apoi va explora motivele pentru care gândirea psihanalitică tradițională a omis moartea atât din teorie, cât și din tehnica terapeutică.

Capitolul 3 va discuta dezvoltarea conceptului morții la copii și se va concentra pe mecanismele de apărare care se instituie pentru a proteja individul de angoasa de moarte. Capitolul 4 va prezenta o paradigmă psi-

hopatologică bazată pe mecanismele de apărare ce neagă moartea. Capitolul 5 va descrie atât teoria, cât şi aplicaţiile unei abordări terapeutice bazate pe conştientizarea morţii.

Viața, moartea și angoasa

„Nu te lega la cap dacă nu te doare", sfătuia marele Adolph Meyer o generație întreagă de psihiatri aflați încă pe băncile școlii[1]. Acest adagiu nu e oare un excelent argument împotriva cercetării atitudinii pacienților față de moarte? Nu au oare pacienții suficiente temeri și spaime pentru ca terapeutul să le mai reamintească oroarea cea mai sumbră a vieții? Dacă scopul curei este de a aduce speranță, de ce trebuie evocată moartea, anihilatoarea oricărei speranțe? Scopul terapiei este de a ajuta individul să învețe cum să trăiască. De ce să nu lăsăm moartea morților?

Aceste argumente cer un răspuns și le voi răspunde în acest capitol susținând că moartea ne dă tot timpul dureri de cap, că atitudinile față de moarte ne influențează felul în care trăim, decădem și ne îmbolnăvim. Voi examina două teze fundamentale, fiecare având implicații majore asupra practicii psihoterapeutice:

1. Viața și moartea sunt interdependente; ele există simultan, nu consecutiv; moartea murmură permanent sub membrana subțire a vieții și exercită o influență vastă asupra experienței și actelor noastre.
2. Moartea este motivul primordial al angoasei și, în această calitate, este sursa principală pentru psihopatologie.

Interdependența viață-moarte

O linie de gândire venerabilă care poate fi trasată până la începuturile gândirii scrise subliniază întrepătrunderea între viață și moarte. Unul dintre cele mai evidente adevăruri ale vieții e că totul este trecător, dar că,

 în pofida trecerii și temerii, trebuie să trăim. Stoicii spuneau că moartea e cel mai important eveniment al vieții. A învăța să trăiești cum trebuie înseamnă a învăța să mori cum trebuie; și reciproc, a învăța să mori cum trebuie înseamnă a învăța să trăiești cum trebuie. Cicero afirma că „a filosofa nu este decât a ne pregăti pentru moarte"[2], iar Seneca spunea că „de adevăratul gust al vieții se bucură doar cel care dorește și e capabil să o părăsească"[3]. Sfântul Augustin exprima aceeași idee: „Doar în fața morții se naște adevăratul sine"[4].

Nu putem lăsa moartea morților. Granița biologică între viață și moarte este relativ precisă, însă, din punct de vedere psihologic, viața și moartea fuzionează. Moartea este un fapt al vieții, și simpla reflecție ne spune că moartea nu este pur și simplu ultimul moment al vieții. „A te naște înseamnă a începe să mori, sfârșitul nostru este legat de început" (Manilius)[5]. Montaigne, în pătrunzătorul său eseu despre moarte spunea: „De ce te temi de cea de pe urmă zi a ta? Ea nu dăruiește mai mult morții tale decât toate celelalte. Cel de pe urmă pas nu este făcătorul sfârșitului: el este doveditorul său"[6].

Ar fi o abordare simplă (și extrem de seducătoare) să continuăm să cităm pasaje importante despre moarte. Practic, orice mare gânditor (în special devreme în viață sau spre sfârșitul ei) s-a gândit în profunzime și a scris despre moarte, iar mulți au conchis că moartea este o parte inseparabilă a vieții și că meditația pe tot parcursul vieții asupra morții mai degrabă îmbogățește viața decât să o sărăcească. Deși moartea distruge omul la nivel fizic, ideea morții îl salvează.

Acest ultim gând este suficient de important pentru a fi repetat: deși moartea distruge omul din *punct de vedere fizic, ideea* morții îl salvează. Însă ce anume înseamnă mai exact această afirmație? Cum poate ideea morții să salveze omul? Și de la ce anume să îl salveze?

O scurtă privire aruncată către unul din conceptele centrale ale filosofiei existențialiste poate furniza clarificări. În 1926, Martin Heidegger a investigat problema modului în care moartea poate salva omul și, important, a ajuns să remarce că faptul că ne conștientizăm moartea personală acționează ca un îndemn de a trece la un mod de existență superior. Heidegger era de părere că există două moduri fundamentale de a fi în lume: (1) o stare de uitare a ființei și (2) o stare de asumare a ființei[7].

Atunci când cineva trăiește într-o *stare de uitare a ființei*, el viețuiește într-o lume a obiectelor și se cufundă în distracțiile cotidiene ale vieții: oa-

menii sunt „omogenizați", absorbiți în „vorbăria inutilă" și în impersonalul „se". Individul capitulează în fața lumii de fiecare zi, în fața grijii pentru *cum* sunt lucrurile.

În cealaltă stare, cea de *asumare deplină a ființei*, mirarea nu este legată de *cum* sunt lucrurile, ci de faptul *că* sunt. A exista în acest fel înseamnă a ține seama în permanență de ființă. În această modalitate, adesea calificată drept „ontologică" (de la grecescul *ontos*, care înseamnă „existență"), individul rămâne atent la ființă, nu doar la fragilitatea sa, ci (după cum voi discuta în capitolul 6) și la responsabilitatea față de propria ființă. Deoarece numai această modalitate ontologică oferă contactul cu propria autocreație, doar aici putem găsi puterea de a ne schimba.

În mod obișnuit, oamenii trăiesc în prima stare. Uitarea ființei este modul cotidian de existență. Heidegger o numește „inautentică" – un mod în care persoana nu conștientizează cine este autorul vieții și lumii sale și în care „evadează", „cade" și e tranchilizat, în care evită alegerea și e „confiscat de către «nimeni»"[8]. Însă atunci când cineva intră în al doilea mod de a fi (în asumarea deplină a ființei), el există în mod autentic (și de aici frecventa utilizare a termenului „autenticitate" în psihologie). În această stare, persoana ajunge să își dea seama cine este – un eu transcendental (care constituie), dar și un eu empiric (constituit); își îmbrățișează posibilitățile și limitele; se confruntă cu libertatea și neantul și e cuprinsă de angoasă în fața lor.

Însă ce are a face moartea cu asta? Heidegger a înțeles că prin simpla contemplare nu putem trece, sforțându-ne și scrâșnind din dinți, de la starea de uitare a ființei la cea a angoasei care ne dechide spre ființă. Există anumite condiții fixe, anumite „experiențe cruciale" care ne smulg, ne extrag din prima stare, cea cotidiană, orientându-ne către starea de asumare conștientă a ființei. Între aceste experiențe cruciale (Jaspers le-a numit mai târziu experiențe „la limită" sau „de graniță"[9]), moartea rămâne experiența inegalabilă: *moartea este condiția care face posibilă viața autentică.*

Acest punct de vedere, că moartea are o contribuție pozitivă la viață, nu e ușor de acceptat. În general, privim moartea drept un rău atât de greu de atenuat, încât tratăm punctul de vedere contrar ca pe o glumă neplauzibilă. Ne descurcăm destul de bine și fără năpastă, mulțumim!

Însă haideți să ne suspendăm judecata pentru moment și să ne imaginăm viața în absența oricărui gând despre moarte. Viața își va pierde din

 intensitate. Viaţa se contractă atunci când moartea este negată. Freud, care vorbea puţin despre moarte din raţiuni pe care le voi discuta în curând, credea despre caracterul trecător al vieţii că augmentează bucuria pe care o găsim în ea. „Limitarea posibilităţii unei plăceri creşte valoarea plăcerii." Freud care scria în timpul Primului Război Mondial spunea că fascinaţia războiului a fost că a adus moartea înapoi în viaţă: „Viaţa a redevenit interesantă; şi-a recăpătat conţinutul deplin"[10]. Atunci când moartea este exclusă, atunci când sunt pierdute din vedere mizele cu adevărat importante, viaţa sărăceşte. Ea e adusă în punctul în care Freud o califica drept „atât de superficială, de lipsită de conţinut, precum flirt în stil american în care este stabilit de la început că nu trebuie să se întâmple nimic, spre deosebire de o aventură amoroasă în stil european, în care ambii parteneri trebuie să se gândească mereu la consecinţe"[11].

Mulţi au speculat că absenţa *faptului* morţii, ca şi a ideii de moarte, ar conduce la o tocire similară a sensibilităţii faţă de viaţă. Spre exemplu, în piesa *Amfitrion 38* a dramaturgului francez Jean Giraudoux, există o conversaţie între zeii nemuritori. Jupiter îi spune lui Mercur cum e să iei un chip omenesc pentru a face dragoste cu o muritoare:

> *Ea va folosi expresii specifice care vor mări prăpastia dintre noi... Va spune „când eram mică" sau „când voi fi bătrână" sau „niciodată în viaţă". Asta mă frapează, Mercur... Pierdem ceva, Mercur – aroma a ceea ce e trecător, experienţa mortalităţii, acea tristeţe dulce a atingerii unui lucru ce nu poate fi păstrat.*[12]

La fel, Montaigne imaginează o conversaţie în care Chiron, jumătate zeu şi jumătate om, refuză nemurirea atunci când tatăl său, Saturn (zeul timpului şi al duratei), îi descrie implicaţiile alegerii:

> *Cu adevărat închipuiţi-vă cât de nesuferită ar fi pentru om viaţa fără de sfârşit şi cu cât mai anevoioasă decât traiul pe care eu i l-am menit. Dacă nu aţi fi avut moartea, m-aţi blestema neîncetat că v-am lipsit de ea. Cu bună ştiinţă amestecat-am oarecâtă amărăciune, ca să vă împiedic, gustând bunătăţile ei, să o îmbrăţişaţi cu prea multă lăcomie şi nesaţ. Ca să vă pun pe cea cumpănă în care nu aveţi a fugi de viaţă, nici a vă feri de moarte, pe care eu vi le cer, astâmpărat-am şi pe una şi pe alta între amar şi dulce.*[13]

Nu vreau să devin adeptul unui cult necrofil sau avocatul unei atitudini morbide care refuză viața. Însă nu trebuie să uităm că dilema noastră fundamentală e că fiecare dintre noi este aici atât înger, cât și demon; suntem creaturile muritoare care, deoarece sunt conștiente de ele însele, știu că sunt muritoare. O negare a vieții la orice nivel înseamnă o negare a naturii fundamentale și conduce mai departe la o restrângere din ce în ce mai mare a conștientizării și a experienței. Integrarea *ideii* de moarte e salvatoare; în loc să ne condamne la o existență înfricoșată sau la un pesimism sumbru, ea acționează ca un facilitator pentru imersiunea în moduri mai autentice de viață și ne sporește plăcerea de a trăi. Drept confirmare, avem mărturia celor care s-au confruntat personal cu moartea.

Confruntarea cu moartea: schimbarea personală

Unele din marile opere literare au descris efectele pozitive ale confruntării îndeaproape cu moartea.

Romanul *Război și pace* al lui Tolstoi furnizează o ilustrare excelentă pentru modul în care moartea poate alimenta o schimbare personală radicală.[14] Pierre, protagonistul, se simte epuizat de viața fără de sens și goală a aristocrației rusești. Suflet pierdut, el rătăcește în primele nouă sute de pagini ale romanului în căutarea unui scop în viață. Punctul pivotal al cărții este atunci când Pierre e capturat de trupele lui Napoleon și condamnat să fie împușcat de un pluton de execuție. Al șaselea la rând, el privește cum sunt executați cei cinci din fața sa și se pregătește să moară, însă are parte de o amânare neașteptată. Experiența îl transformă pe Pierre, care își petrece restul de trei sute de pagini din roman trăindu-și viața cu vigoare și având un țel clar în minte. El devine capabil să se dăruiască în întregime în relațiile cu ceilalți, să își dea seama cu acuitate de ceea ce se întâmplă în jurul său, să descopere o cauză în viață care are sens pentru el și să i se dedice*.

Povestea lui Tolstoi *Moartea lui Ivan Ilici* conține un mesaj similar[15]. Ivan Ilici, un birocrat josnic, se îmbolnăvește de o maladie mortală, probabil cancer abdominal, și suferă de dureri îngrozitoare. Angoasa sa continuă

* În viața reală, la 29 de ani, lui Dostoievski i s-a suspendat în ultimul minut execuția de către un pluton, ceea ce a fost un eveniment care i-a influențat decisiv viața.

 fără încetare până în momentul când, cu puțin timp înainte de a muri, Ivan Ilici descoperă un adevăr uimitor: moare rău pentru că a trăit rău. În cele câteva zile care îi mai rămân, Ivan Ilici suferă o transformare dramatică, dificil de descris în alți termeni decât în cei ai dezvoltării personale. Dacă Ivan Ilici ar fi fost un pacient, psihoterapeutul ar fi subliniat cu mândrie schimbările survenite: relaționează cu mai multă înțelegere; acreala, megalomania și aroganța-i cronică dispar. Pe scurt, în ultimele sale zile, el atinge un nivel de integrare mai ridicat decât oricând altcândva în viață.

Fenomenul se întâmplă cu o frecvență crescută în lumea clinicianului. Spre exemplu, interviurile cu șase din cei zece sinucigași care au sărit de pe podul Golden Gate, dar au supraviețuit, au indicat că unul dintre rezultatele saltului lor spre moarte a fost că și-au schimbat opiniile despre viață[16]. Unul a relatat: „Voința de a trăi a preluat controlul... Există un Dumnezeu bun în ceruri care impregnează toate lucrurile din univers". Un altul: „Participăm cu toții la dumnezeire – acea divină umanitate". Altul: „Am o poftă puternică de viață acum... Întreaga-mi viață e renăscută... M-am depărtat de cărările vechi... Acum pot înțelege existența altora". Un altul a spus: „Simt că îl iubesc pe Dumnezeu acum și vreau să fac ceva pentru alții". Iar altul:

> *Am fost revigorat de o nouă speranță și un nou scop în viață. E dincolo de înțelegerea celor mulți. Apreciez miracolul vieții,* de pildă, *zborul unei păsări; totul este cu mai mult sens atunci când ești aproape de a-l pierde. Am avut experiența unui sentiment al unității cu toate lucrurile și de comuniune cu toți oamenii. După renașterea mea psihică, resimt durerea oricui. Totul a devenit clar și strălucitor.*

Există o mulțime de alte exemple clinice. Abraham Schmitt descrie în detaliu o pacientă cu depresie cronică, care a avut o tentativă serioasă de suicid, supraviețuind din pură întâmplare. El subliniază „totala discontinuitate între cele două jumătăți ale vieții acesteia", înainte și după încercarea de sinucidere. Schmitt descrie contactul profesional cu ea nu ca pe o terapie, ci ca pe o monitorizare a unei schimbări drastice în viață. Prietenii foloseau pentru a o descrie expresii ca „vibrant", adică, „radiind viață și entuziasm". Terapeutul susține că, după tentativa de suicid, aceasta și-a găsit „contactul cu sine, cu viața și cu soțul ei. Acum își trăiește viața

la maximum și umple multe alte vieți... În anul ce a urmat încercării de sinucidere și transformării a rămas însărcinată cu primul dintr-un șir de copii născuți la intervale scurte (multă vreme fusese nefertilă)".[17]

Russel Noyes a studiat două sute de indivizi care au trecut pe lângă moarte (accidente de automobil, înecuri, accidente de escaladă etc.) și a raportat că un număr substanțial dintre ei (23%), chiar după ani, posedau ca urmare a experienței avute

> *un puternic simț al scurtimii vieții și al caracterului ei prețios... un simț mai acut pentru farmecul vieții, o percepere și o reacție emoțională mai sensibilă la ceea ce se întâmplă în imediata apropiere... o capacitate de a trăi momentul și a savura fiecare clipă în trecerea sa... o mai bună conștientizare a vieții – conștientizare a vieții și a celor vii ca și impulsul de a o savura acum, până nu e prea târziu.*[18]

Mulți au vorbit despre „o reevaluare a priorităților", despre creșterea compasiunii și a omeniei.

Abdul Hussain și Seymour Tozman, medici ce au lucrat în „culoarul morții" dintr-o închisoare, descriu într-un raport trei oameni condamnați la moarte, dar care au primit suspendări ale sentinței în ultimul moment. Potrivit autorilor, toți trei au manifestat o modificare adâncă a tipului de personalitate și „o remarcabilă schimbare de atitudine", care au persistat pe parcursul monitorizării realizate în următoarele luni.[19]

Cancerul: confruntarea cu moartea. Pictograma chinezească pentru „criză" e o combinație între două simboluri: „moarte" și „ocazie". În anii cât am lucrat cu bolnavi de cancer în fază terminală, am fost frapat de numărul acelora care își folosesc primejdia și criza ca pe o oportunitate de schimbare. Ei relatează mutații uimitoare, schimbări interioare care nu pot fi caracterizate altfel decât ca o „dezvoltare personală":

- O rearanjare a priorităților vieții: o banalizare a banalului;
- Un sentiment al eliberării: capacitatea de a alege să nu facă lucruri pe care nu le doresc;
- O sporire a gustului pentru a trăi prezentul imediat, în locul amânării adevăratelor experiențe de viață până la pensie sau până într-un alt moment din viitor;

- O apreciere vie a faptelor elementare ale vieții: trecerea anotimpurilor, vântul, căderea frunzelor, ultimul Crăciun și așa mai departe;
- Mai puține temeri interpersonale, mai puține griji cu privire la respingere, o mai mare disponibilitate de a-și asuma riscuri decât înainte de criză.

Senatorul Richard Neuberger, cu puțină vreme înainte de a muri de cancer, a descris respectivele schimbări astfel:

A survenit o schimbare pe care o cred ireversibilă. Problemele legate de prestigiu, de succesul în politică au devenit brusc neimportante. În acele prime ore când am realizat că am cancer, nu m-am gândit la locul meu în Senat, la contul meu bancar sau la destinul lumii libere... Din momentul diagnosticului, nu m-am mai certat cu soția. Obișnuiam să o cert pentru că strângea tubul de pastă de dinți din capătul care nu trebuie și că nu acorda suficientă atenție poftei mele de mâncare capricioase, că întocmea liste de invitați fără să mă consulte, că dădea prea mulți bani pe haine. În acest moment, fie nu mai am cunoștință de astfel de chestiuni, fie mi se par irelevante...

În locul lor și-a făcut apariția o nouă apreciere a lucrurilor care altădată păreau să vină de la sine – prânzul cu un prieten, scărpinarea urechilor lui Muffet și sunetul torsului ei, compania soției, cititul în noapte a unei cărți sau a unei reviste în conul liniștit de lumină al lămpii de deasupra patului, deschiderea frigiderului în căutarea unui pahar cu suc de portocale sau a unei felii de prăjitură cu cafea. Cred că, pentru prima dată, îmi savurez viața. În sfârșit, realizez că nu sunt nemuritor. Mă cutremur când îmi amintesc toate ocaziile când m-am răsfățat, chiar și când eram în perfectă stare de sănătate, cu o mândrie falsă, cu valori artificiale și cu capricii derizorii.[20]

Cât de des apar schimbări personale pozitive după o confruntare cu moartea? Pacienții bolnavi de cancer pe care i-am studiat erau un eșantion autoselectat, format din femei cu sensibilități psihologice care au ales să participe la grupuri de sprijin adresate pacienților de oncologie. Pentru a examina frecvența generală a fenomenului, împreună cu o serie de colegi, am demarat un proiect de cercetare care să studieze pacien-

ţii într-un cadru pur medical.[21] Am elaborat un chestionar care să măsoare astfel de schimbări personale şi l-am administrat unei serii consecutive de 70 de pacienţi care au consultat un oncolog în vederea tratamentului cancerului metastatic de sân (cancer care s-a răspândit şi în alte părţi ale corpului şi pentru care nu există un remediu medicamentos sau chirurgical) *. O parte a chestionarului a fost dată de 17 afirmaţii legate de dezvoltarea personală**, pentru fiecare cerându-se pacienţilor câte un calificativ, în funcţie de o scală cu cinci niveluri (care pornea de la „aproape niciodată" şi sfârşea cu „întotdeauna"), prin care să se evalueze cele două perioade: înainte de îmbolnăvire şi după. Când am examinat rezultatele, am constatat că majoritatea pacienţilor nu au semnalat nicio diferenţă între „înainte" şi „acum". Totuşi, în cazul celor care au raportat diferenţe, acestea erau aproape întotdeauna în direcţia unei dezvoltări, survenită de la instalarea cancerului. Numărul pacienţilor care au raportat îmbunătăţiri în cazul a 14 din cele 17 puncte a fost superior celor care nu au raportat astfel de îmbunătăţiri***. La unele din aceste puncte s-au înregistrat diferenţe semnificative: spre exemplu la

* Pacienţii cuprinşi în studiu erau pacienţi trataţi în regim ambulatoriu: puţini aveau disabilităţi sau dureri incapacitante. Cu toţii îşi cunoşteau diagnosticul şi îşi dădeau seama că, deşi aveau la dispoziţie luni sau chiar ani, vor fi răpuşi până la urmă de maladie.

** 1. Comunic deschis cu soţul.
2. Apreciez frumuseţea naturii.
3. Am un sentiment al libertăţii personale.
4. Încerc să comunic deschis cu copiii.
5. E important să fiu plăcută tuturor.
6. Viaţa îmi procură multă plăcere.
7. Comunic onest şi franc.
8. Fac doar ce vreau.
9. Trăiesc în prezent mai degrabă, decât în trecut sau viitor.
10. Am momente de calm profund.
11. Lupt pentru propriile drepturi.
12. Am un sentiment de bine psihologic.
13. Comunic deschis cu prietenii.
14. Simt că posed ceva valoros în legătură cu viaţa pe care trebuie să-l comunic şi celorlalţi.
15. Sunt capabilă să aleg ce vreau să fac.
16. Viaţa mea are sens şi finalitate.
17. Credinţele religioase/spirituale sunt extrem de semnificative pentru mine.

*** Singurele două puncte care au pus în evidenţă o inversare erau 3 („Am un sentiment al libertăţii personale"), despre care cred că era influenţat probabil de restricţiile fizice importante cu care se confruntă un pacient bolnav de cancer, şi punctul 13 („Comunic deschis cu prietenii"). Explicaţia inversării din ultimul caz rezidă probabil în faptul că mulţi dintre prietenii pacientului manifestă disconfort: pacienţii s-au trezit că unele relaţii apropiate s-au întărit, în vreme ce multe altele s-au încordat.

 punctul 14 („Simt că posed ceva valoros în legătură cu viața pe care trebuie să-l comunic și celorlalți"), 18 pacienți au raportat o schimbare pozitivă, iar 3 una negativă; la punctul 2 („Apreciez frumusețea naturii") – 11 pozitive, 2 negative. Cine ar fi bănuit că un cancer terminal poate spori „momentele de calm profund" (punctul 10)? Și totuși 18 pacienți au raportat o astfel de creștere (în contrast cu 8 care au raportat o schimbare negativă).

O altă parte a chestionarului a examinat schimbările de intensitate ale temerilor obișnuite. Au fost selectate 29 de temeri dintr-o listă standard*, iar pacienților li s-a cerut să evalueze severitatea fiecăreia („înainte" de cancer și „acum"). Rezultatele chestionarului au indicat aceleași tendințe în materie de dezvoltare personală, deși nu la aceleași intensități. În cazul a 9 puncte, pacienții au raportat o intensificare a temerii de la instalarea cancerului; la un punct a existat o egalitate (numărul pacienților care au raportat un grad mărit de frică „acum" a fost egal cu cel care au notat mai puțină frică); iar *în cazul a 19 din 29 de puncte, un număr mai mare de pacienți au raportat o frică mai redusă „acum" față de „înainte" de îmbolnăvire.*

Deși literatura de specialitate nu conține alte studii sistematice ale fenomenului, cei mai mulți terapeuți** pot furniza, de o factură anecdotică, material clinic care să îl ilustreze. Mulți terapeuți au lucrat cu pacienți care, în toiul terapiei, au avut parte de o confruntare cu moartea, ceea ce a condus la o schimbare rapidă de perspectivă și la o reașezare a priorităților în viață.

Schmitt a avut o pacientă care suferea de o insuficiență renală ce a adus-o aproape de moarte. După o lungă perioadă de dializă renală, pa-

* 1. Oameni morți; 2. Oameni furioși; 3. Despărțirea de prieteni; 4. Spații închise; 5. Sentimentul respingerii; 6. Dezaprobarea; 7. Faptul de a fi ignorat; 8. Întunericul; 9. Oamenii diformi; 10. Greșeala; 11. Penibilul; 12. Pierderea controlului; 13. Responsabilitatea pentru decizii; 14. Maladia mentală; 15. Examenele scrise; 16. Atingerea de către altcineva; 17. Faptul de a fi diferit de ceilalți; 18. Singurătatea; 19. Locurile necunoscute; 20. Faptul de a lua cuvântul în public; 21. Visul urât; 22. Eșecul; 23. Intrarea într-o încăpere unde ceilalți au luat deja loc; 24. Privitul în jos de pe clădiri înalte; 25. Străinii; 26. Sentimentul mâniei; 27. Oamenii în poziții de autoritate; 28. Vorbirea incoerentă; 29. Insecte care mișună

** Unele cercetări[22] au fost realizate pe pacienți internați, aflați în ultimul stadiu de boală, și au indicat mai multe rezultate negative decât am descoperit în cercetarea noastră. De curând, un pacient suferind de cancer a criticat-o pe Kübler-Ross, afirmând că autoarea a trasat „etapele" morții, pornind de la experiența cu bolnavi afectați de o atrofiere generală. De asemenea, a criticat-o pentru că a trecut cu vederea „epoca de aur" care apare atunci când pacientul are suficient timp să se împace cu gândul morții.[23]

cienta a avut parte de un transplant, reintrând în viață cu un sentiment al renașterii fizice și psihice. Ea își descrie astfel experiența:

În realitate, singurul mod în care mă pot descrie este să consider că am trăit două vieți. Chiar le numesc prima și a doua Kathy. Prima Kathy a murit în timpul dializei. Nu a putut rezista mult în fața morții. O a doua Kathy trebuia să se nască. Această Kathy s-a născut în mijlocul morții... prima Kathy era un copil frivol. Trăia doar momentul. Făcea mofturi în legătură cu mâncarea sleită de la cantină, în legătură cu plictisul cursurilor de chirurgie, în legătură cu cât de nedrepți sunt părinții... Viitorul era departe și o preocupa puțin. Trăia doar pentru lucrurile mici.

Însă cea de a doua Kathy sunt eu, cea de acum. Ador viața. Uită-te la frumusețea cerului! E superb de albastru! Intru într-o grădină și fiecare floare îmbracă nište culori atât de fabuloase, că sunt uluită de frumusețea lor... Un lucru pe care îl știu e că, dacă aș fi rămas prima Kathy, mi-aș fi irosit întreaga viață și nu aș fi aflat niciodată ce înseamnă adevărata bucurie de a trăi. A trebuit să dau piept cu moartea pentru a putea trăi. A trebuit să mor ca să trăiesc.[24]

O confruntare neobișnuită cu moartea a fost un punct de cotitură și pentru Arthur, un pacient alcoolic. Starea sa se degrada încetul cu încetul. Bea mult de câțiva ani și nu avea perioade suficient de lungi în care să fie treaz pentru a face loc unor întrevederi psihoterapeutice serioase. A intrat într-o terapie de grup, dar într-o zi a venit într-o stare de ebrietatea atât de avansată la ședință, că și-a pierdut cunoștința. Grupul și-a continuat întâlnirea, cu Arthur inconștient întins pe canapea, a discutat cum să procedeze cu el și, după aceea, l-au cărat în spinare de la ședință la spital.

Din fericire, ședința a fost filmată, iar când Arthur a vizionat mai târziu caseta, s-a confruntat în mod concret cu propria moarte. Toată lumea îi spunea de ceva ani că băutura îl va ucide, dar, până când nu a văzut înregistrarea, nu a luat niciodată în serios o astfel de perspectivă. Modul în care caseta îl arăta întins pe canapea, cu grupul în jurul trupului său vorbind despre el, avea o asemănare izbitoare cu înmormântarea fratelui său geamăn, care murise din cauza alcoolismului cu un an înainte. S-a văzut la propriul priveghi întins pe masă, înconjurat de prieteni care vorbesc despre el. Arthur a fost profund zguduit de imagine, a început cea mai lun-

gă perioadă de abstinență din viață, iar pentru prima oară s-a angajat serios în demersul terapeutic, demers ce a avut consecințe benefice.

Interesul meu pentru terapia existențială e într-o bună măsură rezultatul constatării impactului pe care moartea l-a avut asupra unuia din pacienții mei. Jane era o studentă veșnică în vârstă de 25 de ani care a venit la terapie pentru că era deprimată, avea probleme gastrice severe și suferea de un sentiment omniprezent de neputință și de lipsă a unei perspective. În prima sa ședință, și-a prezentat problemele împrăștiat și s-a plâns repetat: „Nu știu ce se întâmplă". Nu am înțeles ce voia să zică prin această afirmație, deoarece era încastrată într-o litanie lungă a autodeprecierii, iar eu am uitat repede toată povestea. Am introdus-o pe Jane într-un grup de terapie unde, la fel, manifesta senzația de a nu ști ce se întâmplă. Nu înțelegea ce i se întâmplă, de ce ceilalți membri erau într-atât de dezinteresați de persoana ei, de ce a dezvoltat o neputință de a se exprima și o relație masochistă cu ceilalți membri, sau de ce îndrăgise atât de mult terapeutul. Într-o bună măsură, viața era un mister, era ceva ce venea „de dincolo", care o lua tot timpul prin surprindere.

În timpul terapiei de grup, Jane era timidă și plictisitoare. Fiecare afirmație a sa era previzibilă; înainte de a deschide gura, ea baleia fețele din grup în căutare de indicii cu privire la ce își doreau ceilalți, iar mai apoi își construia afirmațiile în așa fel încât să mulțumească pe cât mai mulți. Făcea totul ca să nu ofenseze și să nu îi îndepărteze pe ceilalți. (În realitate, ea era cea care îndepărta oamenii, nu din cauza faptului că îi supăra, ci pentru că îi plictisea.) Era clar că Jane suferea o retragere cronică din viață. Toți cei din grup o căutau pe „adevărata Jane" în interiorul coconului în care se învăluise, construit pentru a fi pe frecvență cu ceilalți. Au încercat să o încurajeze; i-au cerut să socializeze, să învețe, să scrie acea ultimă lucrare necesară pentru absolvire, să-și cumpere haine, să își plătească facturile, să se îngrijească, să se pieptene, să își redacteze CV-ul și să îl trimită, pentru a-și găsi de muncă.

Această încurajare, aidoma majorității îndemnurilor din cadrul terapiei, nu a avut succes, așa că grupul a încercat o altă tactică: i-a cerut lui Jane să ia în seamă atracțiile și binefacerile eșecului. Care ar fi fost răsplata? De ce ar fi fost eșecul atât de profitabil? Această linie de atac a fost mai productivă, iar grație ei am aflat că recompensa era considerabilă. Eșecul o menținea pe Jane tânără, protejată, o ferea de alegeri. Ajutorul era „din-

colo de ea". Credea că sarcina sa în cadrul terapiei era să se fragilizeze până într-acolo încât terapeutul să nu își mai poată reține intervenția făcătoare de minuni.

Momentul critic al terapiei a fost când lui Jane i-a crescut neliniștitor un nodul limfatic axilar. Grupul se întâlnea în serile de marți și întâmplarea a făcut să aibă o biopsie marți dimineața, având de așteptat 24 de ore înainte de a ști dacă modificarea era malignă. A venit înspăimântată la întâlnirea din acea seară. Nu se gândise niciodată la propria moarte, iar întâlnirea a fost una cu efect în ceea ce o privea deoarece grupul a ajutat-o să înfrunte frica și să își exprime temerile. Experiența sa principală era cea a unei singurătăți terifiante – o singurătate pe care o percepuse întotdeauna la marginea conștiinței și de care întotdeauna s-a temut. În cadrul acelei întâlniri, Jane a realizat la un nivel profund că, indiferent de ce făcuse, de cum se fragilizase, va sta singură în fața morții – nimeni nu va putea interveni în favoarea sa, nimeni nu va putea muri pentru ea.

A doua zi, a aflat că nodulul limfatic era benign, însă efectele psihologice ale experienței au fost profunde. Multe lucruri au început să se pună în ordine pentru Jane. A început să ia decizii de o manieră nouă, luându-și în mână frâiele propriei vieți. La o întâlnire a comentat: „Cred că știu ce se întâmplă de fapt". În acel moment, deja uitasem plângerile ei, dar mi le-am amintit într-un final și le-am înțeles. Era important pentru ea să nu își dea seama ce se întâmplă. Mai mult decât orice, încercase să evite singurătatea și moartea care veneau odată cu vârsta adultă. Încercase într-un mod magic să înfrângă moartea rămânând tânără, evitând alegerea și responsabilitatea, crezând în ficțiunea că întotdeauna se va găsi cineva care să aleagă pentru ea, să o însoțească, să-i fie în preajmă. A te maturiza, a alege, a te separa de alții înseamnă a înfrunta singurătatea și moartea.

Conceptul morții are în concluzie un rol crucial în psihoterapie, deoarece are un rol crucial în experiențele de viață a fiecăruia. Moartea și viața sunt interdependente: deși dimensiunea fizică a morții ne distruge, *ideea* morții ne salvează. Reconcilierea cu moartea contribuie la sentimentul că viața are savoare, oferă o reformulare radicală a perspectivelor asupra vieții și ne poate călăuzi de la un mod de viață caracterizat de distracții, tranchilizare și anxietăți meschine la unul mai autentic. Exemplele de indivizi care suferă schimbări personale importante după ce s-au luptat cu moartea au o semnificație evidentă pentru psihoterapie. Este nevoie însă de

 tehnici care să permită psihoterapeuților să exploateze acest potențial terapeutic în cazul tuturor pacienților, în loc să fie dependenți de circumstanțe întâmplătoare sau de apariția unei maladii terminale. Voi examina pe larg aceste chestiuni în capitolul 5.

Moarte și angoasă

Angoasa joacă un rol central și evident în domeniul psihoterapiei și nu e nevoie să insistăm pentru a acredita acest punct. Poziția unică a angoasei este vizibilă chiar în nosologia psihiatrică tradițională, unde simptomele psihiatrice majore sunt numite „reacții" – reacții psihotice, reacții nevrotice, reacții psihofiziologice. Considerăm aceste stări ca fiind *reacții la angoasă*. Sunt eforturi, care deși conduc la dezadaptare, au ca scop combaterea angoasei. Psihopatologia este un vector, rezultant al compunerii angoasei și mecanismelor de apărare, nevrotice și caractereologice. Terapeuții își încep demersurile cu pacienții concentrându-se asupra angoasei manifeste, asupra echivalențelor angoasei și asupra mecanismelor de apărare construite de indivizi pentru a se proteja de angoasă. Deși munca terapeutică se dezvoltă în varii direcții, terapeutul continuă să folosească angoasa ca pe un far călăuzitor sau ca pe o busolă: urmăresc angoasa și își fixează ca obiectiv final să o dezrădăcineze și să îi demonteze sursele.

Angoasa de moarte: o determinantă influentă a experienței și a comportamentului uman

Teama de moarte este omniprezentă și de o intensitate care face ca o bună parte din energia oricui să se consume în negarea morții. Transcenderea morții este un laitmotiv important al experienței omenești – de la fenomenele interne cele mai personale (mecanisme de apărare, motivații, vise și coșmaruri) până la instituțiile de ordin macrosocial (ca monumentele, teologiile, ideologiile, cimitirele adormite, îmbălsămările, ocuparea spațiului) – practic vorbim despre oricare mod în care alegem să ne ducem viața – modul cum ne umplem timpul, dependența noastră față de distracții, credința nezdruncinată în mitul progresului, dorința de „reușită" sau cea de faimă nemuritoare.

Grupurile umane de bază, moleculele vieții sociale, după cum specula Freud, s-au format din frica de moarte: primii oameni s-au strâns laolaltă din teama de separare și de ceea ce se ascunde în întuneric. Perpetuăm grupul pentru a ne perpetua pe noi înșine, iar înregistrarea istoriei de către grup este o căutare simbolică a unei nemuriri mediate. După cum o spunea Hegel, istoria însăși nu e altceva decât ceea ce omul face cu moartea. Robert Jay Lifton a descris câteva modalități în care omul încearcă să atingă nemurirea simbolică. Să ne gândim la implicațiile lor culturale profunde: (1) modalitatea biologică – încercarea de a trăi prin intermediul urmașilor, prin intermediul unui lanț biologic nesfârșit; (2) modalitatea teologică – viața într-un plan diferit, mai înalt al existenței; (3) modalitatea creativă – viața prin intermediul operelor, prin intermediul impactului durabil al creației personale sau al impactului asupra altora (Lifton sugerează că terapeutul obține beneficii de acest gen: ajutându-și pacientul, el inițiază totodată un lanț nesfârșit, în care copiii și apropiații pacientului preiau și duc mai departe semințele aruncate); (4) tema naturii eterne – supraviețuirea se realizează prin reuniunea cu curenții forțelor vitale ale naturii; (5) modalitatea experiențial-transcendentală – prin „pierderea de sine" într-o stare atât de intensă, că timpul și moartea dispar, iar viața se desfășoară „în prezentul continuu". [25]

Aceste ramificații sociale ale fricii de moarte și ale căutării nemuririi sunt atât de răspândite, că se întind mult dincolo de ceea ce poate acoperi această carte. Cei care au scris despre aceste chestiuni – mai ales Norman Brown, Ernest Becker și Robert Jay Lifton – au demonstrat în mod strălucit că teama de moarte impregnează agregatul nostru social. În ceea ce mă privește, mă voi concentra asupra efectelor angoasei morții asupra dinamicii interne a individului. Voi arăta că frica de moarte este principala sursă de angoasă. Deși această poziție este simplă și în concordanță cu intuițiile cotidiene, ramificațiile sale teoretice și clinice se întind extrem de departe.

Angoasa de moarte: definiție

Aș dori să examinez înainte de toate sensul expresiei „angoasă de moarte". Voi folosi câteva sintagme diferite cu un sens unic: „angoasă de moarte", „frică de moarte", „groază de moarte", „frica în fața finitudinii".

 Filosofii vorbesc de conștientizarea „fragilității ființării" (Jaspers), de teama de „neființă" (Kierkegaard), de „posibilitatea de nedepășit" (Heidegger) sau de angoasa ontologică (Tillich). Multe din aceste fraze poartă accente diferite, deoarece indivizii pot avea experiența fricii de moarte în mai multe feluri. Am putea fi mai preciși? Ce anume ne înspăimântă privitor la moarte?

Cercetătorii care au investigat chestiunea au avansat ideea că avem de-a face în cazul groazei de moarte cu un compus format din mai multe temeri mai mici. De pildă, James Diggory și Doreen Rothman au cerut unui eșantion important (N=563) de oameni obișnuiți să ierarhizeze câteva consecințe ale morții. În ordinea descendentă a frecvenței, temerile cele mai comune în ceea ce privește moartea au fost următoarele:

1. Moartea mea va cauza durere prietenilor și rudelor mele.
2. Toate planurile și proiectele mele se vor sfârși.
3. Moartea poate fi dureroasă.
4. Nu voi mai avea nicio experiență.
5. Nu voi mai putea avea grijă de cei care depind de mine.
6. Mi-e frică de ce se va întâmpla cu mine dacă există viață după moarte.
7. Mi-e frică de ce se va întâmpla cu corpul meu după moarte.[26]

Dintre acestea, câteva par tangențiale propriei morți. Frica de durere se află evident de partea aceasta a morții, dar fricile legate de viața de apoi sunt chestionabile, deoarece transformă moartea într-un eveniment neîncheiat; fricile cu privire la alții nu sunt evident temeri cu privire la propria persoană. Teama față de dispariția personală pare a fi nodul preocupărilor: „planurile și proiectele mele se vor sfârși" și „nu voi mai avea nicio experiență".

Examinând principalele perspective filosofice asupra morții, Jacques Choron a ajuns la o analiză similară. El distinge trei tipuri de temeri față de moarte: (1) față de ce vine după; (2) față de evenimentul morții; (3) față de încetarea existenței.[27] Dintre acestea, primele două sunt, după cum sublinia Robert Kastenbaum, frici *legate* de moarte.[28] Doar a treia, „încetarea existenței" (anihilarea, stingerea, distrugerea) pare a se situa mai aproape de centrul a ceea ce reprezintă frica de moarte. Aceasta din urmă va fi temerea la care mă voi referi pe parcursul acestor capitole.

Kierkegaard a fost primul care a trasat o distincție între frică și angoasă; el contrasta frica, adică frica *de ceva*, cu angoasa, care *nu* e o frică de un obiect determinat – după cum remarca în mod ciudat, „nu e vorba de o frică față de un nimic cu care individul nu are nimic în comun".[29] Putem să fim angoasați că ne vom risipi și vom deveni neant. Această angoasă nu poate fi localizată. După cum se exprima Rollo May, „ne atacă simultan din toate părțile".[30] O frică pe care nu o putem localiza și nici înfrunta devine și mai teribilă: ea generează un sentiment de neputință care invariabil generează și mai multă angoasă. (Freud era de părere că angoasa este o reacție la neajutorare; situația de pericol, scria el, „dă semnalul de angoasă", individul spunându-și „aștept să apară o situație de neajutorare".)[31]

Cum putem lupta împotriva angoasei? *Prin deplasarea sa de pe nimic, pe ceva.* E ceea ce Kierkegaard înțelegea prin faptul că „nimicul care e obiect al angoasei ar deveni din ce în ce mai mult un ceva".[32] E ceea ce Rollo May numea „angoasă care încearcă să devină frică".[33] Dacă vom putea transforma teama de nimic în teamă de ceva, vom putea iniția acțiuni de protecție – altfel spus, vom putea fie să evităm lucrurile de care ne temem, fie să dezvoltăm ritualuri magice care să o diminueze, fie să planificăm o campanie sistematică de detoxifiere.

Angoasa de moarte: manifestări clinice

Faptul că angoasa caută să devină frică năruie încercările clinicianului de a identifica sursa primară a angoasei. Angoasa primară a morții e arareori întâlnită în forma sa originară în travaliul clinic. Ca și oxigenul abia generat, e repede transformată într-o altă stare. Pentru a alunga angoasa de moarte, copilul dezvoltă mecanisme de protecție. După cum voi argumenta, ele sunt bazate pe negare, trec prin câteva stadii și vor consta într-un set extrem de complex de operații mentale ce refulează pura angoasă de moarte și o îngroapă sub o suită de straturi defensive precum deplasarea, sublimarea și conversia. Ocazional, experiențe cutremurătoare sfâșie cortina defensivă permițând angoasei pure să erupă în conștiință. Totuși, cu repeziciune, eul inconștient repară ruptura și ascunde iarăși natura angoasei.

Pot oferi aici o ilustrare din propria experiență. În perioada în care scriam această carte, am fost implicat într-o coliziune frontală cu un auto-

 mobil. În vreme ce conduceam pe o stradă liniștită dintr-o suburbie, am văzut cum o mașină scăpată de sub control îmi apare în față și se îndreaptă direct spre mine. Deși coliziunea a reușit să facă bucăți ambele mașini, iar celălalt șofer a suferit răni grave, eu am avut noroc și am scăpat fără traume fizice importante. Două ore mai târziu, mă suiam într-un avion, iar seara puteam să susțin o conferință în alt oraș. Indiscutabil, am fost totuși serios zguduit, m-am simțit amețit, am tremurat și nici nu am putut mânca sau dormi. În seara următoare, am fost destul de necugetat și m-am uitat la un film de groază (*Carrie*) care m-a înfricoșat până în măduva oaselor, făcându-mă să ies din sală înainte de terminarea sa. M-am întors acasă peste vreo două zile fără sechele psihologice vizibile, afara de insomnii sporadice și vise anxioase.

Totuși, am avut parte de o problemă stranie. În acea vreme, colaboram cu Centrul pentru Studii Avansate în Științele Comportamentale din Palo Alto, California. Compania colegilor și discuțiile pe teme academice din vremea prânzului îmi făceau plăcere. Imediat după accident, am dezvoltat o angoasă intensă în legătură cu aceste mese. Voi putea oare spune ceva important? Cum mă vor privi colegii? Mă voi face de rușine? După câteva zile, angoasa era atât de mare că îmi căutam scuze să pot lua masa altundeva singur.

Pe de altă parte, am început să îmi analizez dificultățile, iar un fapt a devenit cât se poate de clar: angoasa mea de la prânz a apărut ca urmare a accidentului. Mai mult, angoasa explicită cu privire la accident, cu privire la faptul că eram atât de aproape să îmi pierd viața dispăruse într-o zi-două. Era clar că angoasa reușise să devină frică. O angoasă de moarte considerabilă a erupt imediat după accident, iar eu am „tratat-o" printr-o deplasare primară – separând-o de sursa sa primară și legând-o de o anumită situație convenabilă. Angoasa fundamentală de moarte a avut astfel parte doar de o scurtă înflorire înainte de a fi redusă la griji mai mărunte, cum ar fi respectul de sine, teama de respingere interpersonală sau umilința.

Cu toate că mi-am gestionat sau „procesat" angoasa, nu am eradicat-o, iar consecințele au devenit evidente timp de mai multe luni. Deși mi-am depășit fobia legată de prânz, au apărut un șir de alte frici – temerea de a conduce mașina, de a merge cu bicicleta. Câteva luni mai târziu când am plecat la schi, m-am trezit că sunt extrem de prudent, că plăcerea și capa-

citatea de a schia au fost grav afectate. Totuși, aceste frici puteau fi circumscrise în timp și spațiu și puteau fi gestionate de o manieră sistematică. Deși supărătoare, nu erau fundamentale, deoarece nu îmi amenințau existența.

Dincolo de aceste temeri punctuale, am mai remarcat o schimbare: lumea mi se părea fragilă. Nu mă mai simțeam acasă în ea: pericolul mijea peste tot. Natura realității suferise o răsturnare, iar eu resimțeam ceea ce Heidegger numea straniu (*unheimlich*) – adică acea senzație de „neaflare-acasă", pe care o considera o consecință tipică a conștientizării morții[34], lucru pentru care pot depune mărturie.

Una dintre proprietățile fundamentale ale angoasei morții care a creat confuzie în literatura dedicată sănătății mentale este că frica de moarte poate fi experimentată pe mai multe niveluri. După cum am arătat, individul poate să se teamă de procesul morții, de durere, să regrete proiectele neterminate, să plângă sfârșitul experiențelor personale sau să se gândească la moarte la fel de rece și rațional ca epicurienii care au conchis că moartea nu e înfricoșătoare deoarece „moartea nu înseamnă nimic pentru noi, căci, atunci când noi existăm, ea nu este, iar, când survine, noi nu mai existăm" (Lucrețiu). Să remarcăm totuși că aceste răspunsuri sunt reflecții conștiente ale unor adulți asupra angoasei de moarte din inconștient – o angoasă care e parte din structura existenței, care se formează devreme în viață și doar mai apoi își află o formulare conceptuală, o teamă care dă fiori, stranie și obscură, o teamă care există înainte și în afara limbajului și imaginii.

Clinicianul se întâlnește rar cu angoasa de moarte în formă nedisimulată: această angoasă este gestionată prin intermediul unor mecanisme de apărare convenționale (de exemplu, refularea, deplasarea, raționalizarea) și de unele care îi sunt specifice (vezi capitolul 4). Bineînțeles, această situație nu trebuie să trezească nedumeriri pentru nimeni: toate teoriile angoasei spun la fel. Angoasa primară este transformată întotdeauna în ceva mai puțin toxic pentru individ; iar acesta e rolul unui întreg sistem de mecanisme psihologice de apărare. Ca să rămânem în interiorul sistemului de referință freudian, e rar pentru clinician să observe angoasa de castrare nedeghizată; în schimb, sunt vizibile transformări ale angoasei. Spre exemplu, un pacient de sex masculin poate dezvolta o fobie în legătură cu femeile, poate deveni temător de competiția cu alți bărbați în anumite

 contexte sociale sau poate căpăta înclinația de a dobândi plăceri sexuale altfel decât prin intermediul contactului heterosexual.

Un clinician care și-a dezvoltat reperele existențiale va recunoaște totuși angoasa de moarte „prelucrată" și va fi uimit de frecvența sa, ca și de diversitatea formelor pe care le îmbracă. Aș dori să dau câteva exemple. Am tratat recent doi pacienți care au venit la terapie nu din cauza unei angoase existențiale, ci ca să își rezolve probleme dureroase din relația cu alții.

Joyce era o profesoară universitară de treizeci de ani ce trecea printr-un divorț dureros. Se împrietenise cu Jack la cincisprezece ani și se căsătorise cu el la douăzeci și unu. Mariajul avea probleme evidente de câțiva ani, iar cei doi erau deja separați de trei ani. Deși Joyce intrase într-o relație satisfăcătoare cu un alt bărbat, era incapabilă să divorțeze. Principala problemă pentru care începuse terapia era plânsul incontrolabil ce se declanșa atunci când vorbea cu Jack. Analiza plânsului său a pus în lumină câțiva factori importanți.

În primul rând, era de maximă importanță ca Jack să continue să o iubească. Deși ea nu îl mai iubea și nici nu-l mai dorea, voia foarte mult ca el să se gândească des la ea și să țină la ea ca și cum nu ar fi iubit nicio altă femeie. „De ce?", am întrebat eu. „Toată lumea vrea să fie ținută minte", mi-a răspuns. „E o modalitate prin intermediul căreia voi rămâne în posteritate." Mi-a atras atenția că ritualul evreiesc al kaddish-ului este construit în jurul presupunerii că, atâta vreme cât cineva e în memoria copiilor săi, el continuă să existe. Atunci când Jack a uitat-o, a murit un pic.*

O altă cauză a lacrimilor lui Joyce era sentimentul că împărtășise cu Jack numeroase experiențe importante și adorabile. Fără legătura lor, ea simțea că aceste evenimente vor muri. Estomparea trecutului este un semn vizibil al scurgerii implacabile a timpului. Pe măsură ce trecutul dispare, firul viitorului se scurtează. Soțul lui Joyce o ajutase să înghețe timpul, atât trecutul, cât și viitorul. Deși nu era conștientă de asta, Joyce era înfricoșată să nu-și epuizeze viitorul. Avea de exemplu obiceiul de a nu-și duce la înde-

---

* Allen Sharp descrie în cartea *A Green Tree in Geddes* [*Un copac verde în Geddes*] un cimitir mexican mic împărțit în două: pentru „morții" ale căror morminte sunt încă împodobite cu flori de către cei vii și pentru „adevărații morți", ale căror morminte nu mai sunt îngrijite – aceștia nu mai sunt în mintea niciunui suflet în viață.[35] Într-un anumit sens deci, când o persoană foarte în vârstă moare, mulți alții mor odată cu ea; cel care moare îi ia cu el. Și toți cei care au murit de curând, dar nu mai sunt în memoria nimănui, devin morți „adevărați".

plinire sarcinile până la capăt: dacă făcea treabă prin casă, lăsa întotdeauna un colț necurățat. Îi era teamă „de sfârșit". Nu începea niciodată o carte fără a așeza pe noptieră următoarea carte pe care avea de gând să o citească. Toate astea amintesc de Proust, ale cărui produse literare importante aveau ca menire de a scăpa „din colții devoratori ai timpului" prin fixarea trecutului.

Însă mai era un motiv pentru care Joyce plângea, anume teama sa de eșec. Până de curând, viața îi fusese un șir ascendent de succese. Eșecul mariajului însemna că devenise, după cum spunea adesea, „ca toată lumea". Deși era înzestrată cu un talent considerabil, așteptările sale erau grandioase. Nădăjduia la celebritate internațională, poate chiar să câștige Premiul Nobel pentru proiectul de cercetare în care se angajase. Dacă succesul nu avea să vină în cinci ani, se gândea să se apuce de ficțiune și să scrie un *You Can't Go Home Again* [*Nu te mai poți întoarce acasă*] al anilor '70, deși nu mai scrisese ficțiune niciodată. Totuși, sentimentul propriului statut special avea un temei: până acum, nu eșuase în niciunul dintre țelurile sale. Mariajul ratat fusese prima sincopă în urcușul său, prima provocare adresată lumii ei solipsiste, plină de presupoziții. Eșecul căsniciei îi amenința sentimentul că e specială, sentiment care, după cum voi discuta în capitolul 4, e unul din cele mai puternice și răspândite mijloace de apărare prin care moartea este negată.

Prin urmare, problema lui Joyce, deloc rară, se înrădăcina în angoasa primordială a morții. În ochii mei, ca terapeut de orientare existențială, aceste fenomene clinice – dorința de a fi iubit și ținut minte veșnic, dorința de a îngheța timpul, credința în invulnerabilitatea personală, dorința de a fuziona cu un altul – îndeplinesc una și aceeași funcție în cazul său: de a diminua angoasa de moarte.

Pe măsură ce le analiza unul câte unul și le înțelegea, tabloul clinic al lui Joyce se îmbunătățea considerabil. Cel mai frapant era că, pe măsură ce a abandonat nevoia nevrotică pentru Jack și a încetat să-l mai folosească în lupta cu moartea, ea a devenit capabilă să se întoarcă spre el pentru prima dată cu iubire autentică și să își reîntemeieze pe temeiuri totalmente schimbate căsătoria. Însă aceasta este o altă chestiune, de care mă voi ocupa în capitolul 8.

La fel, Beth, o celibatară de 30 de ani, a apelat la terapie din cauza incapacității de a forma o relație satisfăcătoare cu un bărbat. Adesea „alese-

 se greșit", cum se exprima, și rupsese relațiile deoarece își pierduse interesul pentru partener. Pe perioada terapiei a repetat ciclul: se îndrăgostea de un bărbat, intra într-o stare frământată de indecizie și, într-un sfârșit, se dovedea incapabilă de a rămâne cu el.

Pe măsură ce îi analizam problema, devenea evident că se simțea împinsă către o relație de durată: era obosită de singurătate, obosită de viața de celibatar și disperată să aibă cât mai repede copii. Presiunea era intensificată de grija că va îmbătrâni și va deveni infertilă.

Totuși, când iubitul său a încercat să pună problema căsătoriei, ea s-a panicat și, pe măsură ce el insista, ea a devenit din ce în ce mai angoasată. Beth asemuia căsătoria cu țintuirea de un zid: va fi pusă definitiv la conservare la fel cum formolul păstrează neschimbat un specimen biologic. Era important să se dezvolte, să devină altceva, altceva decât era; îi era teamă că iubitul său era mult prea leneș, prea mulțumit de sine și de viața sa. Treptat, Beth a devenit conștientă de prezența acestui motiv în viața sa. Nu trăise niciodată în prezent. Până și când mânca sau lua masa, era întotdeauna cu un fel înaintea comesenilor, iar, când avea în farfurie felul doi, gândurile sale zburau direct către desert. Se gândise adesea cu oroare la ideea de „a-și întemeia un cămin". „Acesta e oare tot farmecul vieții?", se întreba ea adesea atunci când se gândea la căsătorie sau la orice altă formă de relație stabilă.

Pe măsură ce Beth reflecta în cadrul terapiei asupra acestor probleme – compulsia de a se plasa mereu în viitor, teama de bătrânețe, moarte și stagnare – ea devenea din ce în ce mai angoasată. Într-o seară, după o ședință în care se meditase mai profund ca de obicei, a fost cuprinsă de o spaimă extraordinară. În vreme ce își plimba câinele, a avut sentimentul straniu că era urmărită de o ființă nepământeană. A privit înapoi, în dreapta și în stânga, pentru a o rupe imediat la fugă spre acasă. Mai târziu, a început o furtună care a ținut-o trează în pat toată noaptea, cuprinsă de o spaima irațională că acoperișul casei va fi smuls sau că însăși casa ei va fi luată de ape. După cum voi discuta în capitolul 5, vom avea o creștere a angoasei atunci când frica *de ceva* (în cazul lui Beth teama de mariaj sau de o alegere greșită) este înțeleasă drept ceea ce e în realitate – frica de *nimic*. Pentru Beth, atât presiunile în direcția unui mariaj, cât și teama de căsătorie erau în parte reverberații ale unei lupte mai adânci, menite să țină sub control angoasa de moarte.

Mulți clinicieni au consemnat prezența și transformările angoasei morții pe întreaga plajă a psihopatologiei. Capitolul 4 va aborda problema în profunzime, aici limitându-mă la a furniza doar câteva indicații. R. Skoog relatează că 70% din nevrozele obsesionale severe au coincis ca declanșare cu o experiență legată de moarte, care a afectat securitatea indivizilor. Pe măsură ce se dezvoltă simptomele, pacienții sunt din ce în ce mai preocupați de controlul propriei lumi și de evitarea neașteptatului sau a accidentalului. Pacienții obiectează când întâlnesc dezordine sau lipsa de igienă și dezvoltă ritualuri care să îi păzească de rău și pericol.[36] Erwin Strauss a remarcat că dezgustul obsesiv al pacienților pentru degradare, boală, microbi și murdărie este intim legat de teama propriei dispariții. [37] W. Schwidder a observat că aceste apărări obsesionale nu sunt capabile să absoarbă în totalitate angoasa de moarte. Într-un studiu derulat pe mai mult de o sută de pacienți cu fobii obsesionale, el a arătat că o treime se temea de spații închise și de întuneric, iar o și mai mare proporție avea parte de o angoasă a morții explicită.[38]

Herbert Lazarus și John Kostan, într-un vast studiu asupra sindromului de hiperventilație (care e extrem de comun: între cinci și zece procente din toți pacienții care vin la medic suferă de acest sindrom), subliniază dinamica subiacentă angoasei morții, care se transformă într-un șir de alte fobii. Incapacitatea de a stăpâni angoasa de moarte are ca rezultat atacul de panică însoțit de hiperventilație.[39]

D.B. Friedman descrie un pacient obsesional, a cărui angoasă de moarte lua forma gândului obsesiv că va fi uitat de toți. Totodată, el era preocupat în acest context că pierde lucrurile interesante din lume: „Ceva cu adevărat nou se întâmplă doar când nu sunt pe fază, înainte sau după ce sunt acolo, înainte să mă fi născut sau după ce voi muri".[40]

Angoasa de moarte apare foarte puțin deghizată în pacientul ipohondru, preocupat permanent de siguranță și bună starea propriului corp. Ipohondria survine adesea după o boală gravă de care a suferit pacientul sau cineva din anturajul său. V. Kral observa că, în primele faze ale maladiei, există experiența directă a fricii de moarte, care este răspândită, mai apoi, asupra mai multor organe.[41]

Mai multe investigații clinice au înregistrat rolul central al angoasei morții în sindroamele de depersonalizare.[42] Martin Roth a găsit, de pildă,

că moartea sau maladia gravă a constituit elementul declanșator pentru 50% din pacienții care manifestau un sindrom de depersonalizare.[43]

Aceste sindroame nevrotice au o trăsătură importantă în comun: deși ele deranjează și constrâng pacientul, toate reușesc să îl protejeze de terifianta angoasă a morții.

Angoasa de moarte: cercetări empirice

De-a lungul ultimelor trei decenii, a existat o înlănțuire continuă, dar de proporții reduse, formată din studii empirice referitoare la moarte. Practic, orice articol despre moarte provenind din investigația empirică începe cu un îndemn la cercetare și fie deplânge, fie se indignează cu privire la lipsa unor studii atente. După ce am trecut în revistă bibliografia, nici eu nu mă pot abține să nu dau glas unei plângeri similare. Desigur, contrastul între scrierile impresioniste sau literare cu privire la moarte și cele metodice e mare. Spre exemplu, o bibliografie cu materialele publicate despre moarte până în 1972 lista peste 2 600 de cărți și articole; totuși, mai puțin de 2% conțineau cercetări empirice și doar câteva erau relevante pentru teoria și terapia existențială.

Pentru a avea o relevanță minimă în discuția de față, cercetările vor trebui să aibă ca obiect următoarele: incidența angoasei de moarte, corelația între angoasa de moarte și un număr de variabile – demografice (vârstă, sex, stare civilă, ocupație, religie, educație etc.), factorii de personalitate (dimensiunile MMPI*, nivelurile generale de anxietate sau depresie) și experiențele din viață (pierderi precoce, instituționalizare) – și relația dintre angoasa de moarte și psihopatologie sau alte experiențe psihologice, în special fantasme, vise și coșmaruri.

Până aici, toate bune. Totuși, după cum subliniau Robert Kastenbaum și Ruth Aisenberg, cu puține excepții, studiile suferă fie de limitări severe în ceea ce privește paleta de fenomene investigate, fie sunt grav viciate din punct de vedere metodologic.[44] Multe studii investighează moartea de o manieră imprecisă: de exemplu, ele nu fac distincția între frica de propria moarte și cea de moartea altei persoane sau de efectele asupra celorlalți ale propriei morți.

---

* Minnesota Multiple Personality Inventory.

O problemă încă și mai serioasă e că majoritatea studiilor au măsurat atitudinile conștiente față de moarte sau angoasa conștientă manifestă. Pentru a complica lucrurile și mai mult, studiile folosesc instrumente care (cu câteva excepții[45]) sunt asamblate în grabă, scale construite pe genunchi ale căror fiabilitate și validitate nu au fost demonstrate.

Există totuși un studiu ocupațional interesant. Studenții mediciniști au fost investigați folosind o scală pentru angoasa de moarte conștientă și o scală a „autorității", cea a inventarului de personalitate California F. El a descoperit o relație negativă între angoasa de moarte și autoritarism. Altfel spus, cu cât mai mult autoritarism cu atât mai puțină angoasă și reciproc. În plus, studenții mediciniști care au ales psihiatria erau mai angoasați de moarte (și erau mai puțin autoritari) decât cei care intraseră la chirurgie.[46] Probabil chirurgii sunt mai bine apărați în fața angoasei morții, iar psihiatrii mai conștienți de ea. (De asemenea, este probabil că psihiatrii sunt, în absolut, mai angoasați și sunt interesați de domeniul sănătății mentale deoarece caută un confort personal.)

O sumă de alte proiecte de cercetare au arătat că indivizii profund religioși sunt mai puțin angoasați de moarte.[47] Studenții care și-au pierdut un părinte au un nivel mai ridicat al angoasei de moarte.[48] Cele mai multe studii evidențiază diferențe reduse în funcție de vârstă,[49] deși există o relație pozitivă între preocuparea cu privire la moarte și apropierea acesteia.[50] Un studiu al celor mai comune temeri, realizat pe o mie de studenți, indică faptul că temerile care se raportează la moarte sunt extrem de importante în această populație.[51]

Mai multe proiecte au demonstrat, deși nu au încercat să explice de ce, că femeile sunt mai conștiente de angoasa de moarte ca bărbații.* [53]

Examinarea angoasei de moarte conștiente, deși de un oarecare interes, are o relevanță limitată pentru înțelegerea structurii personalității și pentru psihopatologie. Cheia de boltă a psihologiei dinamice stă chiar în faptul că angoasa puternică nu rămâne conștientă: ea este refulată și „transformată". Unul dintre pașii importanți în transformarea angoasei este separarea sau izolarea afectului de obiect. Astfel, persoana se poate gândi

* Un studiu vast (N=825) nu a evidențiat diferențe între bărbați și femei, însă o examinare cu grijă a datelor a arătat că femeile sunt mai puțin înclinate decât bărbații să răspundă la întrebările neliniștitoare din chestionar: de exemplu, un anumit punct („Vă imaginați cu vivacitate pe patul de moarte sau după ce ați murit?") a primit un răspuns de la 78% dintre femei și 98% dintre bărbați.[52]

 la moarte resimțind un disconfort moderat, iar angoasa deplasată este resimțită fără să mai trădeze adevărata sa sursă. Câteva studii pe care le vom discuta imediat au fost atente și la diferența între angoasa conștientă de moarte și angoasa inconștientă de moarte, încercând să examineze frica de moarte de pe nivelurile inconștiente. Aceste cercetări au folosit instrumente precum TAT,* testul Rorschach, interpretarea viselor, teste de asociere verbală, teste de completare a unor propoziții, proiecții de imagini sau reacția galvanică a pielii.

Angoasa de moarte și psihopatologia

Angoasa conștientă de moarte. Mai multe studii au încercat să coreleze elementele psihopatologice și angoasa conștientă a morții. Astfel, pe un eșantion format din voluntari studenți, s-a constatat o corelație directă între angoasa de moarte și nevroză (scala Eysenck pentru nevroze)[54]. De asemenea, deținuți încarcerați pentru încălcări „minore" ale legii (nu sunt furnizate detalii suplimentare despre delict) au fost comparați cu un eșantion de control, în cazul lor constatându-se o angoasă a morții sporită, o preocupare pentru moarte și o frică accentuată de funeralii și boală. Totodată, aceștia din urmă realizează mai des că își reprimă gândurile despre moarte.[55] Angoasa conștientă a morții se corelează în cazul pacienților psihiatrici în vârstă cu rezultatele măsurării depresiei pe scala MMPI; corelația este atât de puternică încât angoasa de moarte este considerată a fi o parte a sindromului depresiv al vârstnicilor. Potrivit aceluiași studiu, nu există nicio corelație între angoasa de moarte și simptomatologia somatică (pe scala Cornell Medical Index)[56] Este posibil ca somatizările să apară ca un răspuns și ca o modalitate de descărcare a angoasei de moarte.

Deși studiile indică lipsa unei angoase de moarte manifeste în populația vârstnică normală,[57] bătrânii imaturi psihologic sau cu suferințe psihiatrice arată semne ale unei angoase a morții mai dezvoltate.[58] Adolescenții tind să aibă o mai mare angoasă a morții în comparație cu alte grupe de vârstă; și putem constata, iar că indivizii care au manifestări psihopatologice (în acest studiu definite ca acte deviante suficient de grave, cât să conducă la încarcerare) exprimă o mai mare angoasă a morții ca membrii

** Testul de Apercepție Tematică [Thematic Apperception Test].

grupului de control.[59] Un studiu care și-a îndreptat atenția asupra fetelor normale și „adolescentelor înapoiate mental" a demonstrat că populația instituționalizată era într-un mod mai evident temătoare față de moarte.[60] La fel, un alt cercetător a constatat că fetele de liceu cu rezultate școlare slabe manifestau o frică de moarte considerabil sporită – „adesea atât de prezentă că putea fi comunicată doar indirect."[61]

Angoasa inconștientă de moarte. Aceste studii ale angoasei și atitudinilor conștiente în fața morții sunt de un ajutor redus în înțelegerea rolului jucat de angoasa de moarte în psihodinamică. De aceea, mai mulți cercetători au încercat să studieze preocupările inconștiente cu privire la moarte. Feifel și colegii săi au definit trei niveluri ale acestei griji: (1) conștient (măsurat de punctajele înregistrate ca urmare a răspunsului la întrebarea „Vă e frică de propria moarte?"); (2) fantasmat (măsurat prin contabilizarea pozitivității și a negativității răspunsurilor la întrebarea „Ce idei sau imagini vă trec prin minte când vă gândiți la propria moarte?"); (3) percepție subliminală (măsurată prin intermediul timpilor de reacție la cuvintele legate de moarte în testele de asociere verbală și de interferență între culoare și cuvânt).[62]

Studiul a găsit că grijile legate de moarte variază semnificativ în funcție de fiecare dintre aceste niveluri. La nivel conștient, marea majoritate a indivizilor (peste 70%) au negat că le e frică de moarte. Pe nivelul fantasmat, 27% au negat frica, 62% au răspuns ambivalent, iar 11% au arătat semne considerabile ale fricii de moarte. La nivel subliminal, majoritatea subiecților au prezentat indiciile unei aversiuni considerabile față de moarte. Diferența majoră între cei normali, nevrotici și psihotici a fost că psihoticii au manifestat o mai mare frică de moarte. Pe nivelurile conștiente, subiecții mai vârstnici și mai religioși vedeau moartea „într-un spirit destul de pozitiv, dar cădeau pradă angoasei pe niveluri mai profunde".[63] Deși aceste cercetări folosesc un instrumentar destul de primitiv, ele pun totuși în evidență nevoia studiului grijii față de moarte pe diferitele nivele de conștientizare.

Într-un experiment interesant, W.W. Meissner a demonstrat existența unei angoase inconștiente semnificative.[64] El a testat reacția galvanică a pielii (GSR) subiecților normali când sunt confruntați cu cincizeci de elemente: treizeci de termeni neutri și douăzeci de simboluri ale morții (de

 exemplu, negrul, o lumânare care se stinge, o călătorie, o persoană care doarme, traversarea unui pod). Simbolurile morții au produs un răspuns GSR semnificativ mai mare în comparație cu cuvintele de control.

Klass Magni a testat altfel angoasa inconștientă a morții.[65] Scene care etalau moartea (fotografii de la înmormântări ori cu cadavre putrezite și mutilate etc.) au fost proiectate în secvențe din ce în ce mai lungi. Magni a măsurat timpul necesar subiectului pentru a identifica scena și a demonstrat că studenții teologi care se pregăteau să devină preoți parohi aveau nevoie de considerabil mai puțin timp pentru a identifica scena (și astfel probabil aveau o angoasă inconștientă de moarte mult redusă) în comparație cu cei care intenționau să se dedice unei cariere didactice, unde ar fi fost mult mai puțin angajați în păstorirea celorlalți. Mai multe studii care au utilizat date obținute în urma unor interviuri[66] sau în urma aplicării TAT[67] au arătat că indivizii mai nevrotici sunt mai înspăimântați de moarte.

Studii ale angoasei inconștiente de moarte la vârstnici derulate pe baza TAT și prin intermediul testelor care constau în completarea unor propoziții au indicat că indivizii în etate care sunt găzduiți în locuri familiare, sufereau considerabil mai puțin de angoasă de moarte în comparație cu cei din azilele de bătrâni.[68] În plus bătrânii erau mai puțin înspăimântați de moarte dacă erau angrenați în multe activități curente.[69] Angoasa de moarte la bătrâni pe scara TAT se corelează direct cu indicatorii nevrotici MMPI (ipohondrie, dependență, impulsivitate și depresie).[70] Un studiu al angoasei inconștiente de moarte (ce folosea o tehnică proiectivă ce recurgea la completarea unor propoziții) desfășurat în rândul adulților de vârstă medie a demonstrat că, în cazul celor de vârstă mai redusă, exista mai multă angoasă a morții decât în cazul celor mai bătrâni.[71]

Dacă teama de moarte este principala sursă de angoasă, atunci ar trebui regăsită în visuri, unde temele inconștiente apar adesea nedeghizate. Un vast studiu asupra viselor indică faptul că angoasa de moarte figura manifest în 29% din vise.[72] Un studiu amplu asupra coșmarurilor a indicat că tema anxioasă cea mai comună în visele adulților este fie să moară, fie să fie asasinați. Celelalte teme frecvente sunt și ele legate de moarte: moartea unui membru al familiei sau a altei persoane, amenințarea vieții celui care visează de către un accident sau de către un urmăritor.[73] Se corelează însă cantitatea de angoasă conștientă a morții cu numărul de coșmaruri care pun în scenă moartea? Studiile au rezultate contradictorii, în

funcție de scala utilizată pentru măsurarea angoasei morții. Totuși, subiecții cărora le-au murit prieteni apropiați sau rude (mai ales înainte de vârsta de zece ani) sunt mai predispuși să aibă coșmaruri legate de moarte.[74] Un studiu a descoperit un fapt intrigant: există o relație curbilinie între angoasa conștientă a morții și temele viselor.[75] Cu alte cuvinte, acei indivizi care au o angoasă conștientă a morții foarte mare sau foarte redusă tind să viseze despre moarte. Probabil un nivel înalt al angoasei conștiente a morții reflectă o angoasă inconștientă atât de mare, încât nu poate fi contenită și se revarsă în vise ratate (coșmaruri) și în conștiință. Un nivel foarte scăzut al angoasei conștiente a morții (mai mic decât ne-am aștepta la un individ normal) poate reflecta o angoasă inconștientă a morții care în starea de veghe este stăpânită prin intermediul negării și refulării, dar care în somn, copleșește cenzura onirică.

Rezumând, articolele de cercetare pe marginea problemei angoasei morții ne ajută doar puțin în încercarea de extinde înțelegerea rolului fricii de moarte în psihopatologie și psihoterapie. Majoritatea cercetărilor se concentrează asupra modului în care angoasa conștientă de moarte (măsurată utilizând scale grosolan alcătuite) se corelează cu o pletoră de variabile demografice și psihometrice. Aceste studii demonstrează o anumită corelare pozitivă între un nivel înalt al angoasei de moarte și depresie, pierderi suferite la vârste fragede, absența credinței religioase și alegerea profesiunii. Alte studii investighează straturi mai profunde în raport cu conștiința și demonstrează că o bună parte din angoasa de moarte nu este conștientizată; că angoasa de moarte crește pe măsură ce trecem de la experiența conștientă la cea inconștientă; că teama de moarte ne urmărește în vise; că persoanele în vârstă se tem de moarte mai ales dacă sunt imature psihologic sau dacă nu au activități cotidiene în care să se angreneze și, în fine, că angoasa de moarte, conștientă și inconștientă, e legată de nevroză.

Neglijarea morții în teoria și practica psihoterapeutică

Toate perspectivele asupra morții pe care le-am menționat – tradiția culturală, experiența clinică și cercetarea empirică – au implicații serioase în domeniul psihoterapiei. Încorporarea morții în viață o îmbogățește pe aceasta din urmă; dă indivizilor posibilitatea de a evada din banalita-

tea asfixiantă, de a trăi mai autentic și cu un scop. Acceptarea morții poate conduce la o schimbare personală radicală. Însă moartea e și o sursă primară de angoasă; ne impregnează experiența internă, iar noi ne apărăm de ea printr-o suită de factori dinamici. În plus, după cum voi arăta în capitolul 4, dacă angoasa de moarte este gestionată cu mijloace ce conduc la inadaptare, ea va genera marea varietate de semne, simptome și trăsături de caracter care stau sub termenul de „psihopatologie".

Și totuși, în pofida acestor temeiuri convingătoare, în dialogul psihoterapeutic se face arareori apel la conceptul morții. Moartea este trecută cu vederea, și este trecută cu vederea cu înverșunare în mai toate disciplinele sănătății mentale: teorie, cercetarea fundamentală și clinică, rapoartele clinice ca și toate formele practicii clinice. Unica excepție vine din zona în care moartea nu poate fi ignorată – îngrijirea pacienților aflați în pragul morții. Articolele sporadice pe tema morții care figurează în literatura psihoterapeutică au apărut de regulă în reviste de mâna a doua sau a treia și conțin observații anecdotice. Sunt curiozități care sunt periferice în raport cu teoria și practica de toate zilele.

Rapoarte clinice de caz

Spre exemplu, omiterea fricii de moarte din rapoartele clinice de caz este atât de bătătoare la ochi, că suntem tentați să conchidem că la mijloc poate fi doar o conspirație a tăcerii. Există trei mari strategii prin care este abordată moartea în rapoartele clinice de caz. În primul rând, autorii demonstrează o atenție selectivă, neincluzând materiale despre moarte. În al doilea rând, autorii pot prezenta un material clinic bogat, dar să-l ignore complet în formularea dinamică a cazului. Aceasta e situația, de pildă, în istoriile de caz prezentate de Freud, idee pentru care voi oferi imediat argumente. În al treilea rând, autorii pot prezenta materiale clinice referitoare la moarte, dar în formularea cazului să transforme „moartea" într-un concept compatibil cu o școală ideologică oarecare.

Într-un articol frecvent citat, „Atitudinile psihonevroticilor față de moarte", publicat într-o revistă importantă, doi eminenți clinicieni, Walter Bromberg și Paul Schilder, au oferit câteva istorii de caz în care moartea joacă un rol proeminent.[76] De exemplu, o pacientă a dezvoltat o angoasă acută după moartea unei prietene față de care nutrea sentimente cu încărcătură

erotică. Deşi pacienta a declarat explicit că frica sa de moarte a fost declanşată de priveliştea prietenei pe patul de moarte, autorii au conchis că „reacţia sa angoasată a fost îndreptată împotriva ataşamentului homosexual cu care se lupta... propria moarte însemna reunirea cu iubita sa răposată... moartea însemna reuniunea cu obiectul negat al iubirii".

O altă pacientă, al cărei tată era antreprenor de pompe funebre, îşi descria grava sa angoasă: „Întotdeauna m-am temut de moarte. Îmi era teamă că mă voi trezi în vreme ce mă îmbălsămează. Am sentimentul ciudat al unei morţi iminente. Tatăl meu era antreprenor de pompe funebre. Nu m-am gândit niciodată la moarte câtă vreme eram în preajma cadavrelor..., însă acum îmi vine să fug... mă gândesc cu cerbicie la asta... Mă simt ca şi cum m-aş lupta cu moartea". Autorii conchid că „angoasa cu privire la moarte este expresia unei dorinţe refulate de a fi pasivă şi de a fi manevrată de tatăl-antreprenor de pompe funebre". Din punctul lor de vedere, angoasa pacientei este produsul apărării ridicate în faţa dorinţelor periculoase şi a dorinţei ei de autopedepsire ca urmare a dorinţei incestuoase. Celelalte istorii de caz din acelaşi articol oferă noi exemple ale transformării morţii în ceea ce autorii consideră a fi temeri mai fundamentale: „moartea înseamnă pentru băiat o ultimă satisfacţie sado-masochistă dintr-o relaţie homosexuală cu tatăl" sau „moartea înseamnă pentru el separarea de mamă şi sfârşitul exprimării dorinţelor inconştiente libidinale".

Evident că nu putem decât să fim uimiţi de o astfel de nevoie de transformare. Dacă viaţa pacientului este grevată de teama, să spunem, de spaţii deschise, câini, poluare radioactivă, dacă este consumat de ruminaţii obsesive cu privire la curăţenie sau încuierea uşilor, atunci pare a avea sens să traduci astfel de preocupări superficiale prin sensuri mai fundamentale. Însă, *res ipsa loquitur*, frica de moarte poate fi chiar o frică de moarte, care nu se mai lasă tradusă în frici mai „adânci". Probabil, după cum voi discuta mai jos, nu de traduceri are nevoie pacientul nevrotic: el poate să nu se fi rupt de realitate, ci să fi ajuns chiar mai aproape de adevăr, deşi a eşuat în edificarea unor bariere „normale".

Cercetarea clinică

Omisiunea morţii are implicaţii profunde şi asupra cercetării clinice. Un exemplu e doliul şi pierderea. Deşi mulţi cercetători au studiat în cel mai

 mic detaliu readaptările supraviețuitorilor, au eșuat în mod constant în a lua în considerare faptul că supraviețuitorul nu a suferit doar o pierdere a unui „obiect", ci s-a confruntat și cu pierderea de sine. Sub durerea pierderii altuia zace mesajul „Dacă mama ta (tatăl, copilul, prietenul, soțul) moare, atunci vei muri și tu". (La scurt timp după ce și-a pierdut tatăl, un pacient de-al meu a avut o halucinație în care o voce de sus îi spunea cu un glas tunător: „Urmezi tu!") Într-un studiu frecvent citat cu privire la primul an de văduvie, cercetătorul a consemnat declarații precum: „Mă simt ca și cum aș păși pe buza unui hău negru" sau comentarii care denotau o viziune asupra lumii ce o prezintă drept nesigură și periculoasă, potrivit căreia viața este fără sens și scop, în timp ce alții se simțeau furioși fără ca furia să se îndrepte asupra a ceva.[77] Cred că fiecare din aceste reacții ar putea conduce, dacă este investigată în profunzime, la concluzii importante cu privire la rolul pierderii, ca experiență ce oferă supraviețuitorului posibilitatea de a se confrunta mai ușor cu propria moarte. Totuși, autorul acestui studiu, ca și cei ai restului studiilor cu privire dispariție pe care le-am citit, operează din interiorul unui sistem de referință diferit, motiv pentru care ratează exploatarea unui teren fertil. Eșecul acesta e un alt exemplu întristător de pierdere pentru științele comportamentale atunci când ele ignoră adevăruri intuitive importante. Câteva mii de ani în urmă, într-unul din primele exemple de literatură scrisă, în poemul epic babilonian *Epopeea lui Ghilgameș*, protagonistul știa bine că moartea prietenului său Enkidu era un semn pentru propria-i moarte: „Muri-voi oare și eu? Oare nu mă așteaptă aceeași soartă ca a lui Enkidu? Spaima mi s-a cuibărit în inimă: înspăimântat de moarte, rătăcesc prin pustiu"[78].

Clinicianul practician

Unii terapeuți susțin că pur și simplu pacienții lor nu dau glas grijilor referitoare la moarte. Cred însă că principala problemă e că terapeuții nu sunt pregătiți să le asculte. Terapeutul receptiv, care cercetează în profunzime grijile pacienților, se va întâlni permanent cu moartea în munca sa cotidiană.

La cea mai mică încurajare, pacienții vor genera un material extrem de bogat legat de grija față de moarte. Ei discută moartea părinților și a prietenilor, sunt îngrijorați că îmbătrânesc, visurile le sunt bântuite de moarte, merg la reuniuni ale foștilor colegi de liceu și sunt șocați de cât de mult

a încărunțit fiecare, cu durere remarcă superioritatea copiilor și ocazional își dau seama că savurează plăcerile sedentare ale celor bătrâni. Sunt conștienți de multe morți mai mici: de plăci senile, de pete de bătrânețe, de părul cărunt, de articulațiile rigide, de postura încovoiată și de ridurile din ce în ce mai adânci. Pensia se apropie, copiii le pleacă de acasă, ei devin bunici, copiii au grijă de ei, ciclul vieții îi învăluie. Alți pacienți pot vorbi de frica de anihilare: ei au oribila fantasmă comună a unui agresor criminal care ar intra cu forța în casă sau reacțiile înspăimântate la violența de pe ecranele cinematografelor sau ale televizoarelor. Încheierea travaliului terapeutic cu pacientul este acompaniată subteran de o dinamică a grijii față de moarte, însă este necesar ca terapeutul să plece urechea pentru a o percepe.

Experiența mea clinică adeverește foarte bine ipoteza că grija față de moarte este omniprezentă. Pe parcursul scrierii acestei cărți, am luat contact cu o cantitate considerabilă de material clinic până atunci invizibil. Desigur, până la un punct le-am sugerat pacienților să îmi ofere un anumit gen de informație. Însă cred că principalul e că informația a fost acolo tot timpul; în schimb, nu eram eu pe frecvență. Anterior, am prezentat în acest capitol, de pildă, două paciente, Joyce și Beth, care sufereau de probleme clinice comune în stabilirea și încheierea relațiilor interpersonale. Explorând însă mai în adâncime, am constatat la ambele femei o grijă intensă pentru problemele existențiale, pe care nu fusesem nicio clipă capabil să o recunosc, neavând receptivitatea necesară.

Un alt exemplu de „acordare pe frecvență" este oferit de un psihoterapeut care a participat la o conferință de weekend pe care am susținut-o pe tema angoasei morții. Câteva zile mai târziu, ea îmi comunica într-o scrisoare:

> *Nu mă așteptam ca tema să își facă acum apariția în munca mea, deoarece ofer consiliere la* Reed College, *iar studenții noștri au de regulă o stare bună de sănătate. Însă prima mea întâlnire de luni a fost cu o studentă care fusese violată în urmă cu două luni. De atunci, suferea de numeroase simptome dezagreabile și dureroase. Ea a comentat râzând încurcată: „Dacă nu mor din cauza unui lucru, mor din cauza altuia". Probabil, cel puțin parțial, din cauza remarcilor dumneavoastră, interviul a deviat în direcția fricii sale de moarte și a gândului că moartea și violul sunt lucruri care se întâmplă doar altuia. Acum ea se*

simte vulnerabilă și copleșită de angoase care înainte erau reprimate. Pare a se simți mai eliberată de faptul că știe că e în regulă să discuți despre frica de moarte, chiar dacă nu suferă de nicio boală trupească terminală.[79]

Ședințele de psihoterapie care urmează unei întâlniri fie și trecătoare cu moartea oferă o abundență de date clinice. Visele sunt desigur surse particularmente bogate în material. Spre exemplu, o femeie de treizeci de ani a visat în noaptea care a urmat înmormântării unui prieten vechi: „Stau și privesc la televizor. Un doctor vine și îmi ascultă plămânii cu un stetoscop. Mă înfurii și îl întreb cu ce drept o face. Îmi spune că fumez ca un turc. Îmi spune că am o maladie de tip «clepsidră» a plămânilor mult prea avansată. Ea era nefumătoare, dar prietenul decedat fuma trei pachete pe zi. Asocierea cu maladia de tip „clepsidră" a plămânilor însemna că „timpul se scurge inexorabil".[80]

Negarea joacă un rol central în atenția selectivă la moarte în cadrul terapiei. Negarea este o apărare ubicuă și puternică. Ca o aură, înconjoară afectul asociat cu moartea de fiecare dată când apare. (O glumă din bogata colecție a lui Freud e cea cu bărbatul care îi spune soției: „Când unul dintre noi moare înaintea celuilalt, mă voi muta la Paris".)[81] Negarea nu cruță terapeutul, iar în cadrul tratamentului negarea terapeutului și cea a pacientului intră în coliziune. Mulți terapeuți, deși au în spate mulți ani de analiză personală, nu și-au explorat și prelucrat propria frică de moarte; ei evită de o manieră fobică acest domeniu al propriei vieți și evită selectiv materialul legat de moarte în practica psihoterapeutică.

Alături de negarea terapeuților, există o negare colectivă în întregul câmp al psihoterapiei. Această negare colectivă poate fi înțeleasă cel mai bine explorând motivele pentru care moartea a fost omisă din teoriile formale ale angoasei. Deși angoasa joacă un rol absolut central atât în teoria, cât și în practica zilnică a psihoterapiei dinamice, ea nu are niciun loc rezervat în teoriile dinamice tradiționale ale angoasei. Dacă e să modificăm practica terapeutică, să domesticim instrumentul clinic furnizat de conceptul morții, va fi necesar să demonstrăm rolul morții în geneza angoasei. Trasarea evoluției concepțiilor psihodinamice despre rolul angoasei și înțelegerea excluderii sistematice a conceptului morții ar putea fi o bună modalitate pentru abordarea acestei lacune.

Freud: angoasă fără moarte

Ideile lui Freud au influențat domeniul într-atât, încât, în bună măsură, evoluția perspectivei dinamice este sinonimă cu evoluția gândirii lui Freud. În pofida anticipărilor sale, cred totuși că a privit sfera morții dintr-un unghi mort, ceea ce i-a întunecat privirea în legătură cu câteva aspecte extrem de evidente ale lumii interioare. Voi prezenta o cantitate de material menit să ilustreze modul în care Freud a evitat moartea în considerațiile sale clinice și teoretice, iar mai apoi voi sugera câteva motive care stau la baza acestei evitări.

Evitarea morții de către Freud

Prima contribuție clinică și teoretică a lui Freud apare odată cu *Studii asupra isteriei*, scrisă împreună cu Josef Breuer în 1895.[82] Este o operă fascinantă, care merită să i se acorde atenție, deoarece ilustrează de o manieră frapantă atenția selectivă față de moarte și pune bazele excluderii totale a morții din câmpul terapiei dinamice apărute în urma sa. Cartea prezintă cinci cazuri importante, unul (Anna O.) al lui Breuer și patru ale lui Freud. O sumă de alte cazuri fragmentare apar fugitiv în notele de subsol și în secțiunile destinate discuțiilor. Fiecare pacient își începe terapia cu simptome bine dezvoltate care includ paralizie, anestezie, dureri, ticuri, oboseală, obsesii, senzații de sufocare, pierderea gustului și mirosului, tulburări de vorbire, amnezie și așa mai departe. Pe baza studiului acestor cinci pacienți, Freud și Breuer au propus o etiologie a isteriei și o formă sistematică de terapie.

Acești cinci pacienți sufereau cu toții de traume emoționale importante, pe care le-au avut devreme în viață. De obicei, remarcă Freud, deși ne tulbură, trauma nu produce efecte durabile deoarece emoția generată este disipată: fie suferă o abreacție (individul trece printr-un proces de catharsis care exprimă emoția în mod real), fie este prelucrată altfel (Freud susține că amintirea traumelor poate să intre în „marele complex al asociației, joacă mai apoi un rol pe lângă alte trăiri", iar ulterior „este tocită", rectificată sau supusă testului realității cum se întâmplă, de pildă, cu gândul la propriile puteri și realizări ce apare ca răspuns la o insultă).[83]

În cazul celor cinci pacienți, trauma nu s-a disipat, ci bântuia continuu victima. („Istericul suferă de reminiscențe"[84]). Freud sugerează că, în cazul pacienților săi, amintirea traumei și emoțiile aferente au fost refulate din gândirea conștientă (prima utilizare a conceptelor de refulare și inconștient) nemaifiind astfel supuse proceselor obișnuite de disipare a afectelor. Afectul înăbușit persistă totuși viu și puternic în inconștient și își găsește o expresie conștientă datorită conversiei (și de aici „isteria de conversie") în simptome fizice.

Implicațiile asupra tratamentului sunt clare: pacientul trebuie făcut capabil să își amintească trauma și să exprime afectul gâtuit. Freud și Breuer au folosit hipnoza, iar, mai târziu, Freud a recurs la asocierea liberă pentru a-și ajuta pacienții să recupereze amintirea vinovată și să exprime afectul prin cuvinte și în comportament.

Speculațiile lui Freud cu privire la acumularea și disiparea afectului, formarea simptomelor și sistemul terapeutic bazat pe acestea reprezintă o piatră de hotar și se reflectă asupra unei bune părți din teoria dinamică și terapia care i-a urmat. Ceea ce e relevant pentru discuția mea este opinia lui Freud cu privire la sursa afectului neplăcut, adică la natura traumei originare. Teoria simptomelor și abordarea terapiei rămân consistente pe parcursul textului, însă descrierile lui Freud în marginea naturii traumei responsabile de simptome suferă o evoluție fascinantă de la primul pacient la ultimul. (În cuvântul său înainte el spune: „Pentru oricine este interesat de dezvoltarea catharsisului în direcția psihanalizei, nici eu nu știu un sfat mai bun decât acela de a începe cu *Studiile asupra isteriei* și de a merge astfel pe drumul pe care și eu l-am străbătut".)[85]

În primul din cazurile din carte traumele par banale: e chiar greu de crezut că starea de nevroză profundă poate proveni din faptul că subiectul a fost alergat de un câine rău[86], un altul a fost lovit cu bățul de patron, altul a văzut o servitoare cum dădea unui câine să bea apă dintr-un pahar[87], iar o pacientă era îndrăgostită de un patron de la care trebuia să îndure reproșuri nedrepte.[88] Pe măsură ce cartea progresează, explicațiile lui Freud pentru traumele suferite devin din ce în ce mai uimitoare în sofisticarea lor: a ajuns să creadă că pacienții săi erau posedați de preocupări arhetipale demne de atenția unui tragedian grec – ura față de copii (deoarece aceștia interferează cu capacitatea soției de a se ocupa de soțul său aflat pe patul de moarte)[89], activitatea incestuoasă cu un părinte[90], ex-

perienţa unei scene originare[91], şi plăcerea (însoţită de sentimentul vinovăţiei) la moartea unei surori al cărei soţ era iubit de pacientă[92]. În aceste din urmă cazuri, notele de subsol şi scrisorile lui Freud[93] oferă dovezi cu privire la direcţia inexorabilă pe care a intrat gândirea lui Freud cu privire la sursa angoasei: (1) a deplasat gradual momentul traumei „adevărate" care stă la baza angoasei către o perioadă timpurie din viaţă şi (2) a ajuns să considere natura traumei drept explicit şi exclusiv sexuală.

Explorările traumelor celor cinci pacienţi au fost dezvoltate de Freud într-o teorie formală asupra angoasei. Angoasa era un semnal al unui pericol anticipat; sămânţa angoasei a fost aruncată devreme în viaţă, odată cu o traumă importantă: amintirea evenimentului traumatic a fost refulată, iar afectul ce o acompaniază a fost transformat în angoasă. Aşteptarea repetării traumei sau a producerii unui pericol analog poate evoca angoasa din nou.

Ce fel de traumă? Ce evenimente sunt fundamental maligne aşa încât ecoul lor să bântuie individul întreaga viaţă? Răspunsul lui Freud a subliniat importanţa sentimentului neajutorării. „Angoasa este reacţia originară la neajutorarea din traumă, care va fi mai apoi reprodusă în situaţia de pericol ca semnal de ajutor."[94] Prin urmare, obiectivul constă în determinarea situaţiilor în care se manifestă neajutorarea. Deoarece problema angoasei este chiar în centrul teoriei psihanalitice şi deoarece Freud şi-a modificat cu îndrăzneală teoria pe parcursul carierei, nu e deloc surprinzător că enunţurile sale cu privire la angoasă sunt multe, variate şi adesea contradictorii.[95] Două origini primare ale angoasei supravieţuiesc însă elaborărilor insistente ale lui Freud: moartea mamei (abandonare şi separare) şi pierderea falusului (angoasa castrării). Alte surse importante sunt Supraeul sau angoasa morală, teama de tendinţele autodistructive, teama de dezintegrare a Eului – de a fi copleşit de întuneric, de forţele iraţionale ale nopţii.

Deşi Freud menţionează adesea şi alte surse ale angoasei, accentul principal este plasat pe abandon şi castrare. El era de părere că schimbându-şi permanent deghizarea, aceşti doi fraţi obraznici de pe tărâmul psihologic ne torturează toată viaţa, iar în somn furnizează materia primă pentru două tipuri comune de coşmar, cele care pun în scenă căderi şi urmăriri. Veşnic arheolog în căutarea unor structuri şi mai profunde, Freud a sugerat că separarea şi castrarea au o trăsătură în comun, anume pierderea – pierderea afecţiunii, a posibilităţii uniunii cu mama. Din punct de vedere cronologic,

 prima vine separarea, modelată chiar de trauma nașterii, primul moment al vieții; însă Freud a ales castrarea ca sursă generică și primară a angoasei. Mai timpuria separare, sugera el, a dat modelul pentru angoasa de castrare care, când se dezvoltă, subsumează experiențele angoasante mai vechi.

Dacă vom avea în vedere datul empiric (materialul legat de cazurile din *Studii asupra isteriei*) din care își extrage Freud concluziile cu privire la sursele angoasei și la traumă, vom fi frapați de discrepanța uimitoare între istoriile cazurilor și concluziile și formulările lui Freud: *moartea este într-atât de prezentă în istoriile clinice ale acestor pacienți, că doar un efort suprem de neatenție ar fi putut să-l facă pe Freud să o omită din discuțiile sale pe marginea traumelor*. Din cei cinci pacienți, doi sunt puși în discuție doar sumar. (O pacientă, Katarina, chelnerița lui Freud dintr-o stațiune de vacanță, a avut parte de o singură ședință de tratament). Trei paciente importante – Anna O., Frau Emmy von N. și Fräulein Elisabeth von R. (primele rapoarte de caz dinamice din istoria literaturii psihiatrice) – sunt remarcabile deoarece descrierile lor clinice gem de referințe la moarte. Mai mult, probabil că, dacă Freud ar fi avut un interes specific cu privire la angoasa de moarte, ar fi solicitat și oferit și mai mult material referitor la moarte.

Maladia Annei O. s-a dezvoltat, de pildă, din momentul în care tatăl său s-a îmbolnăvit (și a murit din această cauză zece luni mai târziu). Ea l-a îngrijit neobosit la început, însă propria maladie, care consta în stări alterate de conștiință bizare, anorexie și simptome senzoriale și musculare de conversie, a făcut să nu mai fie în contact cu tatăl său aflat pe patul de moarte. Pe parcursul anului care a urmat, starea sa s-a înrăutățit semnificativ. Breuer a remarcat preocuparea Annei O. pentru moarte. El a comentat, de pildă, că, deși avea „tulburări de conștiință bizare și care fluctuau rapid, singurul lucru de care părea să rămână conștientă mai tot timpul era că tatăl său murise".[96]

Pe parcursul travaliului hipnotic al lui Breuer cu Anna O., ea avea halucinații înfricoșătoare asociate cu moartea tatălui ei. În vremea în care îl îngrijea, leșinase o dată când și-a imaginat că îl vede cu figura unui mort. (Pe parcursul tratamentului, s-a privit la un moment dat în oglindă și s-a văzut nu pe sine, ci pe tatăl ei având chipul unui mort și privind spre ea.) Altă dată, a avut halucinația unui șarpe negru care venea să îi atace tatăl.

A încercat să se lupte cu șarpele, dar brațul său căzuse moale și și-a imaginat degetele transformându-se în șerpi, iar unghiile în mici cranii. Breuer considera că aceste halucinații emanau din teroarea morții, cauza primară a maladiei sale: „În ultima zi a tratamentului, rearanjând camera astfel încât să semene cu cea a tatălui ei, ea a reprodus halucinațiile pe care le-am descris și care stau la baza întregii sale boli".[97]

Maladia lui Frau Emmy von N. s-a dezvoltat, la fel ca cea a Annei O., imediat după moartea unei persoane extrem de apropiate, soțul ei. Freud a hipnotizat-o pe doamna Emmy von N. și i-a solicitat anumite asociații importante. Ea a produs o litanie de amintiri legate de moarte: priveliștea surorii sale într-un sicriu (de la vârsta de șapte ani), sperietura pe care i-au provocat-o fratele său costumat ca o fantomă și ceilalți frați care aruncau animale moarte către ea, priveliștea mătușii sale întinse în coșciug (nouă ani), faptul că și-a găsit mama inconștientă ca urmare a unui atac cerebral (cincisprezece ani), iar mai apoi (la nouăsprezece ani), faptul că a găsit-o moartă în vreme ce avea grijă de un frate muribund din cauza tuberculozei, că plângea (la nouăsprezece ani) moartea fratelui și că a suferit moartea fulgerătoare a soțului. În primele opt pagini ale raportului clinic de caz, putem găsi nu mai puțin de unsprezece referințe explicite la moarte, faptul de a muri sau cadavre. Pe parcursul descrierii clinice, Frau Emmy von N. își discută deschis frica omniprezentă de moarte.

Maladia celei de-a treia paciente, Fräulein Elisabeth von R., și-a pregătit terenul pe parcursul celor optsprezece luni cât pacienta și-a îngrijit tatăl pe cale să moară, când a fost martora destrămării inexorabile a propriei familii: una dintre surori s-a mutat departe, mama s-a îmbolnăvit grav, tatăl i-a murit. În fine, după moartea mult iubitei surori mai în vârstă, maladia lui Fräulein Eleisabeth von R. a erupt cu toată puterea. Pe parcursul terapiei, pentru a accelera rememorarea vechilor amintiri, Freud i-a dat sarcina de a vizita mormântul surorii sale (cam la fel cum Breuer rearanjase camera unde oferea consultații pentru a semăna cu camera unde murise tatăl Annei O.).

Freud credea că angoasa este stârnită de o situație care evocă o situație anterioară de teroare și neajutorare, uitată de mult. Desigur, traumele legate de moarte ale acestor pacienți au trezit în ei sentimente puternice ale terorii și ale neajutorării. Însă, în descâlcirea fiecărui caz în parte, Freud fie neglijează cu totul tema morții, fie dirijează atenția asupra stresului ge-

 neralizat, cauzat fiecărui pacient de pierderea suferită. Formulările sale se focalizează pe componentele erotice ale traumelor fiecărui pacient.* Astfel, când sora lui Fräulein Elisabeth a murit, Freud a ajutat-o să recunoască faptul că, în adâncurile minții sale, se bucura (și în consecință a fost copleșită de sentimentul vinovăției), deoarece soțul surorii, pe care îl dorea, era acum liber să se însoare cu ea. O descoperire importantă: inconștientul, un reziduu al dorințelor primitive îngropate în subsolul minții incapabile de a suporta lumina soarelui, a scăpat pentru puțină vreme în conștient și a generat o angoasă semnificativă care a fost finalmente transformată în simptomatologia de conversie.

Fără îndoială, Freud a descoperit la fiecare din pacienții săi conflicte importante. Însă tocmai ceea ce el a omis merită scos la iveală. Moartea unui părinte, a unui soț sau a unei persoane apropiate înseamnă mai mult decât un stres generalizat; e mai mult decât pierderea unui obiect important. Înseamnă a bate la ușa negării. Dacă lucrurile stau după cum a speculat Freud, Fräulein Elisabeth a gândit, fie și pentru o clipă, atunci când sora sa a murit: „Acum soțul său este liber, iar eu pot să-i devin nevastă". Mai apoi însă s-a cutremurat: *„Dacă sora mea dragă moare, și eu voi muri"*. La fel cum va fi reacționat Fräulein Elisabeth la moartea surorii sale, tot astfel și Anna O., confruntată cu moartea tatălui său, precum și Frau Emmy von N., confruntată cu moartea soțului trebuie să fi sesizat la un nivel profund și măcar pentru un moment perspectiva propriei morți.

În teoriile sale ulterioare cu privire la sursele angoasei, de o manieră extrem de curioasă, Freud a continuat să treacă moartea cu vederea. S-a mulțumit cu pierderea: castrarea și abandonarea – pierderea penisului și a iubirii. Atitudinea adoptată este aici una care nu-l caracterizează realmente. Unde este arheologul insistent? Freud a săpat întotdeauna până a dat de piatră – când a discutat originile, zorii vieții, despre comportamentul omului primitiv, despre hoarda primitivă antediluviană, despre instinctele și pulsiunile primare. Și totuși s-a oprit în pragul morții. De ce nu a făcut pasul evident către numitorul comun al abandonului și al castrării?

---

* Robert Jay Lifton în *Conexiunea întreruptă* [*The Broken Connection* (New York: Simon & Schuster, 1979)] susține exact același lucru cu privire la un alt caz important al lui Freud, al micului Hans, și conchide că teoria libidoului „demortifică" moartea. Întrucât cartea lui Lifton a apărut din păcate după ce lucrarea mea a fost terminată, nu am putut asimila analizele sale de o manieră substanțială. Este vorba de o carte profundă și importantă care se cere citită cu grijă.

Ambele concepte au o aceeași bază ontologică. Abandonarea este inextricabil legată de moarte: o maimuță abandonată moare întotdeauna; soarta exclusului este inevitabil moartea socială urmată la scurtă vreme de cea fizică. Castrarea, luată în sens figurat, este sinonimă cu anihilarea; dacă e luată literal (și Freud a înțeles-o din păcate literal) conduce la moarte deoarece individul castrat nu își poate planta sămânța în viitor, nu se poate sustrage extincției.

Freud și-a îndreptat pasager atenția asupra rolului morții în etiologia nevrozelor în „Inhibiție, simptom și angoasă", dar a respins ideea ca superficială (voi discuta mai jos perspectiva analitică răsturnată asupra a ceea ce constituie „profunzimea" și „superficialitatea"). Într-un pasaj citat de nenumărate ori de către teoreticieni, Freud spune de ce a scos frica de moarte din rândul candidaților pentru statutul de sursă primară a angoasei:

> *Este foarte puțin probabil ca o nevroză să se poată instala doar ca urmare a situației obiective a periclitării, fără participarea straturilor profunde inconștiente ale aparatului psihic. În inconștient, nu se află nimic care să dea conținut conceptului nostru de nimicire a vieții. Castrarea este, ca să spunem așa, reprezentabilă prin experiența cotidiană a eliminării din corp a conținutului intestinului și prin pierderea trăită la înțărcare, pierderea sânului matern, însă ceva asemănător cu moartea nu a fost niciodată trăit sau, ca și leșinul, nu a lăsat nicio urmă evidențiabilă. Susțin ipoteza că angoasa de moarte poate fi concepută ca un analogon al angoasei de castrare și că situația la care reacționează Eul este starea de a fi părăsit de Supraeul protector – de forțele sorții – ceea ce face ca asigurarea față de toate pericolele să își găsească sfârșitul.*[98]

Logica e grav fracturată aici. În primul rând, Freud insistă că, deoarece nu avem nicio experiență a morții, nu posedăm inconștient nicio reprezentare a sa. Dar am avut o experiență de castrare? Nu există astfel de experiențe directe, recunoaște Freud; însă susține că am avut experiența altor pierderi echivalente din punctul de vedere a ceea ce ne e dat în experiență: separarea zilnică de fecale sau cea a înțărcatului. Desigur, legătura între fecale și castrare nu este deloc mai credibilă decât o cunoaștere înnăscută și intuitivă a morții: de fapt, argumentul în care moartea este înlocuită de castrare în rolul de principală sursă de angoasă se susține atât de greu,

 că am o senzație de disconfort să îl atac, ca și cum m-aș lupta cu un adversar handicapat. De pildă, să ne gândim la evidența că și femeile au angoase: gimnastica necesară aplicării teoriei castrării la femei este unul dintre punctele realmente acrobatice ale metapsihologiei analitice.

Melanie Klein a adresat critici explicite curioasei inversiuni de prioritate a lui Freud: „Frica de moarte pătrunde în frica de castrare și o întărește, nefiind analogă cu ea... pentru că reproducerea reprezintă calea esențială de a contracara moartea, pierderea organelor genitale ar însemna sfârșitul puterii creatoare ce menține și perpetuează viața". Klein este în dezacord și cu poziția lui Freud potrivit căreia nu există în inconștient teamă de moarte. Acceptând ultimul postulat al lui Freud, cel potrivit căruia, pe cele mai adânci niveluri ale inconștientului, se găsește un instinct al morții (Thanatos), ea a susținut că „teama de moarte, aflată și ea în inconștient, operează în opoziție cu acest instinct". [99]

În pofida dizidenței lui Klein, ca și a celei a lui Rank, a lui Adler și a altor oponenți, care au pus bazele unei gherile, Freud a continuat să adere la punctele sale de vedere și a implantat un cult al negării morții în generații de terapeuți. Manualele de analiză importante reflectă și perpetuează această tendință. Otto Fenichel declară că „deoarece ideea morți este inconceptibilă din punct de vedere subiectiv, orice frică de moarte maschează alte idei inconștiente"[100]. Robert Waelder omite moartea cu desăvârșire[101]; în vreme ce Ralph Greenson discută moartea pe scurt din perspectiva Thanatos-ului, a instinctului de moarte freudian, trimițând tema în rândul curiozităților, ca o pe teorie îndrăzneață, dar lipsită de soliditate.[102] Doar încetul cu încetul și mulțumită unora plasați în afara tradiției freudiene (sau care s-au trezit rapid în afara ei), a venit și amendamentul necesar.

De ce exclude Freud moartea din teoria psihodinamică? De ce nu a luat în considerare teama de moarte ca principală sursă a angoasei? Evident, excluderea nu este o simplă trecere cu vederea: teama de moarte nu e niciun concept elaborat și profund, și niciunul care să ne scape repede din vedere, iar Freud cu greu ar fi putut să-l rateze (și mai apoi să îl dea deoparte intenționat). El este cât se poate de explicit în 1923: „Propoziția absolută: «orice angoasă este propriu-zis o angoasă inspirată de moarte» nu spune mare lucru și, în orice caz, nu e justificabilă"[103]. Argumentul său se desfășoară pe direcțiile neconvingătoare de dinainte: nu e posibil să ne închipuim cu adevărat moartea – o parte a Eului va rămâne un spectator

viu. Iarăși, Freud ajunge la concluzia nesatisfăcătoare că „angoasa de moarte, cât și cea provocată de scrupulele de conștiință ne apar ca produse ale prelucrării angoasei de castrare".[104]

Să remarcăm că slaba atenție a lui Freud cu privire la moarte se limitează la discuția pe marginea teoriei formale a angoasei, a refulării și a inconștientului: pe scurt, componentele interne – rotițele, levierele și sursa de energie – ale mecanismului psihic.* Oriunde nu s-a mai cenzurat, a speculat cu îndrăzneală și energie cu privire la moarte. De pildă, într-un scurt și incisiv eseu, scris la sfârșitul Primului Război Mondial, „Atitudinea noastră față de moarte", a discutat negarea morții și încercarea de a o învinge prin crearea unor mituri ale nemuririi. Mai devreme, am citat câteva din comentariile sale despre cum caracterul trecător al vieții îi sporesc bogăția și savoarea. El a realizat rolul jucat de moarte în modelarea vieții:

> *Nu ar fi mai bine ca, în realitate ca și în gândurile noastre, să așezăm moartea în locul care i se cuvine și să scoatem în evidență atitudinea noastră inconștientă față de moarte, pe care până acum am reprimat-o cu atâta grijă? Pare a nu fi o mare realizare, ci, mai curând, un pas mare înapoi, o regresie,* dar *are avantajul de a ține cont mai mult de adevăr și de a ne face din nou viața suportabilă. A suporta viața rămâne totuși prima grijă a oricărui trăitor. Iluzia devine fără valoare dacă ne tulbură această direcție. Ne amintim vechiul proverb:* Si vis pacem, para bellum. *Dacă vrei să menții pacea, pregătește-te de război. Este timpul să o schimbăm:* Si vis vitam, para mortem. *Dacă vrei să păstrezi viața, socotește-te cu moartea.*[106]

„Dacă vrei să păstrezi viața, socotește-te cu moartea." Freud credea că sarcina terapeutului era să își ajute pacientul să-și îndure viața. Întreaga carieră terapeutică a lui Freud a fost dedicată acestui scop. Și totuși, dincolo de maxima sa, a rămas tot timpul mut cu privire la pregătirile pentru moarte, cu privire la rolul conceptului morții în psihoterapie. De ce oare?

Sublinierea lucrurilor trecute cu vederea de Freud, comentarea unghiurilor sale moarte e un exercițiu posibil doar până în momentul în care începem să privim cu îngrijorare în urmă. Poate că privirea sa a fost mai as-

* La vârsta de 64 de ani, în *Dincolo de principiul plăcerii*, Freud a făcut loc morții în modelul minții; însă formularea sa vorbește nu de o angoasă primară, ci de voința de moarte – Thanatos a fost identificat ca una dintre cele două pulsiuni primordiale.[105]

 cuțită decât a noastră, fapt dovedit în multe alte situații. Poate problema este atât de simplă, că nu a simțit nevoia să furnizeze un argument complet pentru poziția sa. Este un sfat bun cred să judecăm cu precauție motivele din spatele poziției lui Freud. Totuși, eu cred că a omis moartea în teoria dinamică din motive neîntemeiate, care provin din două surse: un model depășit al comportamentului și o căutare permanentă a gloriei personale.

Lipsa atenției pentru moarte din partea lui Freud: motive teoretice

Când Freud avea șaptezeci și cinci de ani, a fost întrebat cine l-a influențat cel mai mult. Fără a ezita, a răspuns ca întotdeauna: „Brücke". Ernst Brücke a fost profesorul de fiziologie al lui Freud la facultatea de medicină și mentorul său în timpul scurtei cariere de cercetător în domeniul neurofiziologiei. Brücke era un om impunător, cu o voință de fier prusacă și cu ochi de un albastru oțelit. Era extrem de temut printre studenții mediciniști din Viena. (La examen fiecare student avea la dispoziție câteva minute pentru a răspunde la întrebări. Dacă nu răspundea cum trebuie la prima întrebare, Brücke rămânea restul timpului blocat într-o tăcere sumbră, impermeabilă la rugămințile studentului și ale decanului, prezent și el.) În Freud, Brücke găsise finalmente studentul care îi merita interesul, iar cei doi au colaborat îndeaproape în cadrul laboratorului de neurofiziologie timp de mai mulți ani.

Brücke a fost principala forță din spatele orientării biologice fondate de Hermann von Helmholtz, ce a dominat cercetarea medicală și fundamentală din vestul Europei în ultima parte a secolului al XIX-lea. Principiul de bază helmholzian, principala moștenire lăsată de Brücke lui Freud, a fost clar enunțat de către un alt părinte fondator, Emil du-Bois Reymond:

> *Nicio altă forță afară de forțele fizico-chimice obișnuite nu e activă în organism; acolo unde nu se poate oferi la un moment dat o explicație ce face referire la aceste forțe, fie va trebui să căutăm o modalitate specifică sau formă a acțiunii lor prin intermediul metodei fizico-matematice, fie va trebui să presupunem existența unor noi forțe de demnitate egală acelor forțe fizico-chimice inerente materiei, reductibile la forța de atracție sau respingere.*[107]

Poziția helmholziană este din acest punct de vedere una deterministă și antivitalistă. Omul este o mașină pusă în mișcare de mecanisme fizico-chimice. Brücke a susținut în *Lecțiile de fiziologie* din 1874 că, deși organismele diferă de mecanisme prin capacitatea de asimilare, ele sunt totuși fenomene ale lumii fizice, puse în mișcare de forțe ce ascultă de principiul conservării energiei. Numărul forțelor care animă organismul pare mare doar într-o stare de ignoranță. „*Progresul cunoașterii le reduce la două – atracția și respingerea.* Aceasta se aplică și organismului, omului"[108] (sublinierea autorului).

Freud adoptă acest model helmholzian mecanicist al organismului și îl aplică în construcția modelului minții. La șaptezeci de ani, el declara: „Viața mea a fost animată de un scop, acela de a «deduce modul în care e alcătuit aparatul mental și cum interacționează și se neutralizează în cadrul său forțele»"[109]. Devine clar ce anume îi datorează Freud lui Brücke: teoria lui Freud, adesea acuzată de iraționalitate, este bine înrădăcinată în doctrina tradițională chimico-biofizică. Teoria instinctelor duale ale lui Freud, teoria conservării și transformării energiei libidinale și determinismul său rigid sunt anterioare deciziei sale de a deveni psihiatru: toate își au fundamentul în perspectiva mecanicistă asupra omului a lui Brücke.

Toate acestea ne ajută să înțelegem excluderea de către Freud a morții din enunțurile sale despre comportamentul uman. Dualitatea – existența a două tendințe fundamentale inexorabil opuse – a constituit temelia pe care Freud și-a construit sistemul metapsihologic. Doctrina helmholziană cerea dualitate. Să ne amintim ce spunea Brücke: forțele fundamentale active în organism sunt două – atracția și repulsia. Teoria refulării, punctul de plecare al gândirii psihanalitice, are nevoie de un sistem dualist: refularea presupune conflictul între două forțe fundamentale. Pe toată durata carierei, Freud a încercat să identifice perechea de pulsiuni antagoniste care animă organismul omenesc. Prima sa propunere a fost „foamea și iubirea", așa cum sunt ele concretizate de către lupta dintre tendința de conservare a organismului individului și cea de perpetuare a speciei. Cea mai mare parte a teoriei analitice își are la bază antiteza luptei dintre eu și instinctele libidinale, care, în teoria timpurie a lui Freud, era cauza refulării și sursa angoasei. Mai târziu, pentru motive care nu sunt relevante în contextul discuției de față, el a realizat că această dualitate nu se poate susține și a îmbrățișat un alt dualism: un dualism fundamental care are la bază însăși

 viața – între viață și moarte, Eros și Thanatos. Metapsihologia și psihoterapia freudiană se bazează totuși pe prima teoria dualistă a instinctelor: nici Freud și nici discipolii săi (cu excepția singulară a lui Norman O. Brown[110]) nu au reformat opera pe baza dualității viață-moarte; iar cei mai mulți dintre urmașii săi au abandonat cel de-al doilea instinct deoarece conducea la o poziție de un mare pesimism terapeutic. Fie au conservat prima dialectică a conservării libidoului și a eului, fie au deviat către un monism instinctual jungian, o poziție care subminează teoria refulării.

Moartea nu e ceva care se întâmplă acum: e un eveniment ce va veni, un eveniment din viitor. Pentru a ne imagina moartea, pentru a dezvolta angoase în legătură cu ea, este nevoie de o activitate mentală complexă – de planificarea și proiecția de sine în viitor. În schema deterministă a lui Freud, forțele inconștiente care se ciocnesc și a căror rezultantă ne determină comportamentul sunt primitive și instinctuale. În rezervorul de energie psihică, nu e loc de acte mentale complexe prin care viitorul să fie imaginat și temut. Freud este aproape de poziția lui Nietzsche, care consideră deliberarea conștientă în întregime inutilă pentru determinarea comportamentului. Comportamentul este determinat potrivit lui Nietzsche de forțe mecanice inconștiente: cunoașterea conștientă urmează comportamentului mai degrabă decât să îl preceadă; impresia că ne guvernăm propriul comportament este o iluzie în întregime. Doar ne imaginăm că ne alegem comportamentul pentru a ne satisface voința de putere, dorința de a ne percepe ca o ființă autonomă, care ia decizii.

De aceea, moartea nu poate juca niciun rol în teoria dinamică formală a lui Freud. Pentru că e un eveniment viitor, care nu a fost niciodată experimentat și care nu poate fi realmente imaginat, nu poate exista în inconștient și astfel nu poate influența comportamentul. Nu își are locul într-o perspectivă asupra comportamentului care se reduce la două instincte primare opuse. Freud a devenit prizonierul propriului sistem determinist și nu putea discuta rolul jucat de moarte în producerea angoasei și în modul în care individul își concepe viața decât în două moduri: fie ieșea din cadrele propriului sistem formal (în note de subsol sau în eseuri mai personale cum ar fi „Considerații actuale despre război și moarte"[111] sau „Motivul alegerii casetei"[112]), fie putea înghesui moartea în sistem subsumând frica de moarte unor temeri și mai primordiale (castrarea) ori considerând voința de moarte ca una dintre cele două pulsiuni fundamentale care stau

la baza oricărui comportament. A proclama moartea drept o pulsiune fundamentală nu rezolvă problema: aceasta eșuează în a considera moartea ca pe un eveniment *viitor*, îi trece cu vederea importanța de far călăuzitor în viață, de punct final care are puterea de a despuia viața de orice sens sau de a trasa unul în interiorul unei forme autentice de existență.

Lipsa atenției pentru moarte din partea lui Freud: motive personale

Pentru a descoperi de ce Freud a continuat să se agațe de un sistem teoretic ce îi încorseta evident intelectul și l-a obligat la puncte de vedere nefirești, va trebui să îmi îndrept eforturile în direcția unui studiu al lui Freud ca persoană. Opera unui artist, matematician, genetician sau romancier vorbește de la sine; studiul vieților personale și al motivațiilor artiștilor și oamenilor de știință e un lux, adesea unul distractiv și palpitant, uneori, chiar interesant din punct de vedere intelectual. Însă, dacă vrem să investigăm o teorie care își propune să dezgroape cele mai profunde niveluri ale motivațiilor și ale comportamentului uman, iar datele care stau la baza teoriei provin în bună parte din autoanaliza unui om, studiul cât mai în profunzime al omului nu mai e un lux, ci o necesitate. Din fericire, informațiile nu lipsesc: probabil știm mai mult despre persoana lui Freud decât despre orice figură istorică modernă (cu posibila excepție a lui Woody Allen).

De fapt există atât de mult material biografic în ceea ce-l privește pe Freud – pornind de la cele trei volume exhaustive ale biografiei *The Life and Work of Sigmund Freud* [*Viața și opera lui Sigmund Freud*][113] a lui Ernest Jones, însumând 1 450 de pagini, trecând prin biografii profane[114], amintiri ale foștilor pacienți[115], și sfârșind cu nenumăratele volume de corespondență publicată[116] – încât, alegând cu grijă, pot fi argumentate orice ipoteze năstrușnice cu privire la structura caracterului său. Prin urmare, *caveat emptor*.

Cred că avem suficiente temeiuri care sugerează că, în centrul determinării arzătoare a lui Freud, a stat pasiunea sa neostoită pentru celebritate. Biografia lui Jones se focalizează pe această temă. Freud s-a născut cu căiță (sac amniotic nerupt), eveniment care, potrivit folclorului, prevestește întotdeauna faimă. Familia sa credea că era destinat să fie faimos: mama sa, care nu a avut niciodată dubii în acest sens, îl numea „Siggy al meu de aur" și l-a favorizat mai mult decât pe oricare alt copil al său. Mai târziu, el a

 scris: „Un om care a fost favoritul necontestat al propriei mame conservă pe parcursul întregii vieți sentimentul cuceritorului, încrederea în succes care adesea conduce la succesul real"[117]. Credința i-a fost întărită de profeții timpurii: odată, într-o patiserie, un străin i-a spus mamei lui Freud că a adus pe lume un om mare; un rapsod dintr-un bâlci l-a ales pe Freud dintr-un grup de copii și a prezis că va deveni ministru. Înzestrarea intelectuală evidentă a lui Freud au întărit credința; întotdeauna a fost premiantul clasei în gimnaziu – de fapt, potrivit lui Jones, ocupa un loc atât de privilegiat, încât era chestionat doar arareori. [118]

În scurt timp, Freud a încetat să își pună destinul sub semnul întrebării. În adolescență, i-a scris unui prieten din copilărie că a primit o notă uriașă la compunere și a continuat: „Nu știai că schimbi scrisori cu un stilist al limbii germane. Ar trebui să le păstrezi cu grijă, nu știi niciodată"[119]. Cea mai interesantă declarație în acest sens poate fi găsită într-o scrisoare către logodnica sa scrisă la douăzeci și opt de ani (când încă nu își făcuse intrarea în domeniul psihiatriei):

> *Am luat o hotărâre pe care un grup de oameni încă nenăscuți și nesortiți nenorocirii o vor simți acut. Deoarece nu vei ghici la cine mă refer, îți voi spune: biografii mei. Mi-am distrus toate jurnalele din ultimii paisprezece ani, împreună cu scrisorile, notele științifice și manuscrisele scrierilor mele publicate. Doar scrisorile de familie au fost cruțate. Ale tale, draga mea, nu au fost niciodată în pericol. Toate vechile mele prietenii și cunoștințe mi-au trecut din nou prin fața ochilor și, în tăcere, s-au întâlnit cu propriul sfârșit... toate gândurile și sentimentele mele despre lume în general, și mai ales cele care mi-au creat preocupări au fost declarate nedemne de a supraviețui. Vor trebui gândite iarăși de la capăt. Și aveam multe note. Însă am sfârșit prin a mă îngropa în ele, la fel cum nisipul a îngropat Sfinxul și, în curând, doar nările mi-ar fi rămas deasupra mormanului de hârtie. Nu le pot lăsa în urma mea și nu pot muri înainte de a scăpa de întrebarea cu privire la cine se va uita prin vechile mele hârtii. În plus, am lăsat în urma mea tot ce s-a întâmplat înainte de ruptura decisivă din viața mea, înainte de a fi împreună și de alegerea vocației: erau lucruri de mult timp moarte și nu trebuia să li se refuze o înmormântare onorabilă. Să flecărească biografii; nu vrem să le ușurăm sarcina. Să îl lăsăm pe fiecare să creadă că are dreptate în propria „Concepție asupra dezvoltării eroului": mă încântă de pe acum gândul că toți se vor îndepărta de adevăr.*[120]

În căutarea celebrității, Freud s-a pus pe urmele marii descoperiri. Scrisorile sale timpurii descriu o abundență amețitoare de idei pe care le-a vehiculat și mai apoi le-a abandonat. Potrivit lui Jones, a trecut pe lângă faimă datorită faptului că nu și-a dus până la capăt activitatea sa din tinerețe în domeniul neurofiziologiei, prin edificarea unei teorii a neuronului. O altă ratare a țintei poate fi identificată în munca sa pe tema cocainei. Freud a descris incidentul într-o scrisoare care începe cu „Mă voi întoarce puțin în timp și voi explica modul în care logodnica mea se face vinovată de faptul că nu am fost faimos din tinerețe".[121] Freud continuă menționând cum, într-o zi, a comunicat unui prieten medic, Karl Koller, observațiile sale cu privire la proprietățile anestezice ale cocainei pentru ca, mai apoi, să plece din oraș pentru a face o vizită îndelungată logodnicei sale. Când s-a întors, Koller deja desfășurase experimente chirurgicale decisive și devenise faimos ca descoperitor al anesteziei locale.

Puțini oameni au fost înzestrați cu puteri intelectuale comparabile celor ale lui Freud; poseda o imaginație vie, o energie nesecată și un curaj de fier. Și totuși, când a intrat în perioada de maturitate profesională, și-a găsit calea spre succes blocată capricios și nedrept. Brücke a trebuit să-i spună că, din cauza antisemitismului de la Viena, trebuia să renunțe la speranța pentru o carieră academică de succes: sprijinul universității, recunoașterea, promovarea îi erau toate refuzate. La douăzeci și șapte de ani, Freud a trebuit să își întrerupă activitatea de cercetare și să își câștige viața practicând medicina. A studiat psihiatria și și-a demarat practica medicală privată. „Marea descoperire" era acum singura sa șansă la faimă.

Sentimentul lui Freud că timpul și oportunitatea îi fugeau de sub picioare explică fără îndoială nedreptatea suferită în incidentul cu cocaina. Citise că băștinașii din America de Sud căpătau puteri mestecând coca; a introdus cocaina în practica sa medicală și, într-o comunicare în fața Societății Medicale din Viena, i-a lăudat efectele benefice asupra oboselii și depresiei. A prescris cocaină multor pacienți și și-a îndemnat prietenii (și chiar logodnica) să o folosească. Atunci când foarte repede au apărut primele relatări cu privire la dependența de cocaină, credibilitatea lui Freud în ochii Societății Medicale din Viena s-a prăbușit. (Acest incident explică, măcar într-o mică parte, lipsa de reacție a comunității academice din Viena față de descoperirile ulterioare ale lui Freud.)

Psihologia a început să îl acapareze complet. Explicarea structurii minții a devenit, după cum o califica Freud, amanta sa. În curând, a produs o teorie amplă cu privire la psihogeneza isteriei. Speranțele sale de glorie depindeau de succesul teoriei; atunci când au apărut date clinice contradictorii, s-a simțit doborât. Freud descrie lovitura într-o scrisoare din 1897 către prietenul său Wilhelm Fliess: „Speranța faimei veșnice era atât de frumoasă, și la fel era și cea a bogăției sigure, a independenței totale... toate depindeau de succesul teoriei isteriei."[122]

Colectarea treptată de observații avea o importanță redusă. Explorările lui Freud vizau nu mai puțin decât un model atotcuprinzător al minții. În 1895, când se afla la jumătatea drumului între profesia de neurofiziolog și cea de psihiatru, Freud a simțit că putea descoperi un model al minții. Într-o scrisoare, el consemna:

> *Piedicile au fost brusc înlăturate, vălurile au căzut și a ieșit la iveală din detaliile nevrozei calea pe care conștiința este condiționată. Totul a început a se lega, rotițele au început să se îmbine, întregul chiar începuse a arăta ca o mașină care, de la un punct încolo, va funcționa de la sine. Cele trei sisteme de neuroni, stările cantitative „libere" și „legate", procesele primare și secundare, tendințele principale și cele de compromis din cadrul sistemului nervos, cele două reguli biologice ale atenției și apărării, indiciile pentru calitate, realitate și gândire, starea grupului psihosexual, determinările sexuale ale refulării și, în fine, factorii care determină conștiința ca funcție perceptuală – întregul era coerent și rămâne încă așa. Naturalmente, abia îmi pot stăpâni bucuria.*[123]

Pentru ca descoperirea să satisfacă pe deplin pretențiile lui Freud, erau necesare două elemente: (1) ca modelul să fie unul care satisfăcea cerințele științifice helmholziene în întregime; și (2) să fie o descoperire originală. Schema freudiană de bază a minții – existența refulării, relația între conștient și inconștient, substratul biologic de la baza gândirii și afectelor a fost o sinteză originală. Nu era nouă în componentele sale (Schopenhauer și Nietzsche construiseră un drum clar), însă era nouă prin caracterul său amănunțit și aplicabilitatea sa la un vast număr de activități omenești, de la visare la fantasmă și comportament, de la formarea simptomelor la psihoză. (Despre predecesori, Freud afirma undeva: „Mulți oameni au flirtat cu inconștientul, dar eu am fost primul care s-a căsătorit cu el".) Com-

ponenta energetică a modelului lui Freud (forța sexuală sau libidoul) – o cantitate constantă de energie care trece prin stadii de dezvoltare predeterminate, bine definite, pe perioada copilăriei mai timpurii ca și la vârste ulterioare, care poate fi legată sau nu, care poate fi investită în obiecte, poate deborda, poate fi stăvilită sau deplasată, care e sursa comportamentului, a gândirii, a angoasei și a simptomelor – este în întregime originală. Era marea descoperire, iar Freud s-a agățat de ea cu înverșunare. De dragul teoriei libidoului, și-a sacrificat relația cu cei mai promițători discipoli, care au creat dizidențe, deoarece au refuzat să accepte insistența sa absolută pe noua descoperire – rolul central al libidoului în motivația omenească.

Evident că rolul morții în comportamentul uman, fie ca sursă de angoasă sau ca determinant al motivației, îl interesa prea puțin pe Freud. Nu satisfăcea niciuna dintre condițiile dinamice personale: nu era un instinct (deși, în 1920, Freud va postula că este) și nu intra în schema mecanicistă helmholziană. Nu era nici nou: era o temă veche, veche cât Vechiul Testament; și nici nu era intenția lui Freud să se alăture unui alai de gânditori ce se întindea până la începutul vremurilor. „Faima eternă" nu era acolo. Ea îi va veni din descoperirea unei surse până atunci ignorată pentru motivația umană: libidoul. E greu să te îndoiești că Freud a fost cel ce a delimitat în mod corect acest factor important al comportamentului omenesc. Eroarea lui Freud era una de suprainvestire: investirea sa asiduă în primatul libidoului era supradeterminată; a înălțat un aspect al motivației umane la un rang de întâietate și exclusivitate absolută, iar sub acest aspect a așezat tot ce-i omenesc, pentru toți indivizii din toate timpurile.

Teorii adverse

În curând, au apărut și adversari teoretici. Cei mai creativi elevi ai lui Freud au atacat teoria libidoului; iar prin 1910, Carl Jung, Alfred Adler și Otto Rank aleseseră cu toții mai degrabă să își abandoneze maestrul decât să îi accepte viziunea mecanicistă, bazată pe dualitatea instinctelor care ar explica natura umană. Jung a propus un monism bazat pe o forță vitală spirituală. Adler a subliniat preocupările copilului pentru supraviețuire și micimea sa în fața marii lumi a adultului și a universului atotcuprin-

zător. Rank a insistat asupra importanței angoasei morții și a sugerat că ființa umană pendulează permanent între două temeri – teama de viață (și de însingurarea intrinsecă) și teama de moarte. Aceste puncte de vedere, ca și contribuțiile unor teoreticieni ulteriori precum Fromm, May, Tillich, Kaiser și Becker au suplimentat, dar nu au înlocuit teoria structurală freudiană. Marea contribuție a lui Freud a constat în formularea modelului dinamic al minții. A introduce moartea, atât frica de moarte, cât și acceptarea sa, în modelul dinamic al lui Freud înseamnă pur și simplu a o reintroduce: moartea a fost întotdeauna acolo, mascată de castrare, separare și abandon. În acest punct, atât Freud, cât și tradiția analitică ulterioară au contribuit la aprofundarea cunoașterii despre ființa umană.

3

Conceptul morții la copii

Grija noastră pentru moarte, ca și modul în care tratăm moartea nu sunt fenomene superficiale, ușor de definit sau înțeles. De asemenea, ele nu iau naștere *de novo* la vârsta adultă. Ele sunt mai degrabă adânc înrădăcinate în trecut și amplu transformate de-a lungul unei vieți preocupate de siguranță și supraviețuire. Studierea copilului furnizează o oportunitate de neegalat pentru studiul încleștării cu moartea într-o formă nealterată. Scopul capitolului ce urmează este de a investiga lupta copilului cu condiția de muritor, recunoașterea de către copil a morții, a terorii, evadările, fortificările ca și dezvoltările ulterioare ce au loc în umbra fricii de moarte.

În opinia mea există o discrepanță remarcabilă între importanța morții pentru copil și atenția acordată ei în literatura de specialitate dedicată dezvoltării copilului. Literatura relevantă este puțină, iar atunci când este comparată cu alte chestiuni legate de dezvoltarea copilului, pare superficială, în cel mai bun caz. Mai ales studiile empirice ale conceptului morții la copil sunt rare: clinicienii de orientare psihanalitică au încercat să studieze ocazional chestiunea, însă, după cum vom vedea, rezultatele sunt afectate de o anumită tendențiozitate, care influențează acuratețea observației. Mai mult, o mare parte din materialul pertinent este de găsit cu precădere în publicații vechi, rămase adesea în afara circuitelor principale ale lucrărilor pe subiectul dezvoltării copilului sau al psihiatriei infantile. Aici suntem foarte îndatorați Sylviei Anthony, care a analizat certarea și literatura de observație în a sa monografie *The Discovery of Death in Childhood and After* [*Descoperirea morții în copilărie și la vârstele mai mari*][1].

Atât propria activitate clinică, cât și studierea rezultatelor altora m-au condus la câteva concluzii:

1. Atunci când cercetătorii comportamentului încearcă să investigheze chestiunea îndeaproape, ei se lovesc invariabil de preocuparea extraordinară a copiilor pentru moarte. Grijile copiilor cu privire la moarte sunt de regăsit peste tot și ele exercită o influență profundă asupra lumilor lor experiențiale. Moartea este o mare enigmă pentru ei, iar una dintre sarcinile capitale din dezvoltarea lor e să lupte împotriva neajutorării și dispariției, în vreme ce chestiunile sexuale sunt secundare și derivate.[2]
2. Copiii nu doar că sunt profund preocupați de moarte, dar aceste preocupări apar chiar la o vârstă mai fragedă decât se crede îndeobște.
3. Copiii parcurg o serie de pași în conștientizarea morții și în ceea ce privește metodele pe care le folosesc pentru a lupta împotriva fricii de moarte.
4. Strategiile prin care este abordată problema morții sunt inevitabil bazate pe negare: se pare că nu creștem și, probabil, nici nu putem crește acceptând realitățile dure legate de viață și moarte.

Caracterul pervaziv al îngrijorărilor copiilor legate de moarte

Freud credea că preocuparea tăcută pentru sexualitate, grija pentru întrebarea „De unde vin?" era o grijă omniprezentă a copiilor și oferea premisele pentru prăpastia generațională dintre adult și copil. Există totuși dovezi ample că și întrebarea „Încotro mă îndrept?" ocupă mințile copiilor, pentru a ne răsuna mai apoi în urechi de-a lungul vieții: putem să o înfruntăm, să o ignorăm, să ne temem de ea, să o refulăm, dar nu ne putem elibera de ea.

Puțini părinți sau observatori ai vârstelor fragede sunt scutiți de surpriza erupției bruște la copii a unor întrebări referitoare la moarte. Odată, când mă plimbam împreună cu fiul meu de cinci ani pe plajă, el și-a întors fața spre mine și a spus: „Știi, ambii mei bunici au murit înainte ca eu să apuc să îi cunosc". Mi s-a părut o frază asemănătoare vârfului unui

aisberg. Cu certitudine, cântărise chestiunea în tăcere multă vreme. L-am întrebat cu cea mai mare blândețe cât de des se gândea la astfel de lucruri, adică la moarte, și am fost uimit când a răspuns cu o stranie voce de adult: „Mă gândesc permanent".

Altă dată, cu ocazia plecării fratelui său la facultate, a comentat fără ascunzișuri: „Am rămas doar trei acasă – eu, tu și mama. Mă întreb cine va muri primul".

O copilă de patru ani și jumătate i-a spus brusc tatălui său: „Mi-e frică în fiecare zi de moarte; aș vrea să nu îmbătrânesc, așa încât să nu mor niciodată".[3] O fetiță de trei ani și jumătate a cerut să i se pună pe creștet o piatră ca să nu mai crească și să nu moară.[4] O fetiță de patru ani a plâns douăzeci și patru de ore când a aflat că toate cele vii sunt muritoare. Mama sa a fost incapabilă să o calmeze prin alte mijloace decât promițându-i că ea, fetița, nu va muri niciodată.[5] La câteva zile după moartea bunicii pe linie paternă, un copil de patru ani a intrat în bucătăria apartamentului familiei și a văzut pe masă o gâscă moartă al cărei cap atârna inert de gâtul lung. Copilul, care auzise de moartea bunicii, dar nu a reacționat în vreun fel special, a privit acum la gâscă anxios preț de câteva momente și i-a spus mamei: „Asta numești tu «mort»?"[6]

Erik Erikson relatează cazul unui copil de patru ani căruia îi murise bunica și care a avut un atac epileptiform în noaptea după ce i-a văzut sicriul. O lună mai târziu, a găsit o cârtiță moartă, a întrebat despre moarte, iar convulsiile s-au repetat. Două luni mai târziu, a avut o a treia serie de convulsii după ce, din greșeală, a strivit un fluture în mână.[7]

Natura directă a întrebărilor copilului ne poate tăia suflarea. Copilul întreabă cu franchețe „Când vei muri?", „Câți ani ai?", „Câți ani au oamenii când mor?" Copilul spune „Vreau să ajung la o mie de ani. Vreau să fiu persoana cea mai bătrână din lume". Sunt întrebări ale vârstei inocenței ce pot fi stimulate de un deces – al unui bunic, al unui animal, poate al unei flori sau frunze; însă adesea ele apar nedeclanșate de stimuli externi: copilul doar evacuează preocupări interne asupra cărora a meditat îndelung. Mai târziu, pe măsură ce copilul învață să vadă „noile haine ale împăratului", va ajunge și el să creadă că problema nu e de mare interes.

Utilizând un test constând în completarea unei povești administrat la nouăzeci și opt de copii între cinci și zece ani, Anthony a oferit o măsură obiectivă pentru preocupările relative la moarte ale copiilor.[8] Poveștile

 aveau un final deschis și nu făceau o referire explicită la moarte. (Exemplu: „Când băiatul s-a dus seara să se culce, la ce s-a gândit?" sau „Un băiat a mers la școală; în pauză, nu s-a jucat cu ceilalți, ci a stat singur într-un colț. De ce?") Completând poveștile, copiii demonstrează preocuparea pentru moarte sau anihilare. Aproximativ 50 de procente dintre copii s-au referit în completările oferite poveștii la moarte, înmormântări, omucideri sau fantome. Atunci când au fost introduse și răspunsuri ușor inferențiale („A fost călcat de o mașină", „Și-a pierdut un copil") proporția a sărit peste 60 %. De pildă, copiii au răspuns la întrebarea „Când băiatul s-a dus seara să se culce, la ce s-a gândit?" cu răspunsuri cum ar fi „Că cineva va intra în cameră și îl va ucide" sau „La Albă-ca-Zăpada. Nu am văzut-o, dar am văzut-o moartă într-o carte cu povești", sau „La cineva care va intra în casa sa, după care el și tatăl său vor muri". Una dintre povești era despre o zână care întreba copilul dacă vrea să crească sau să își păstreze tinerețea pentru multă vreme, poate pentru totdeauna. Contrar opiniei comune potrivit căreia copilul dorește să crească și să devină puternic și activ, peste 35 de procente dintre copii au exprimat în completările aduse poveștii preferința pentru a-și păstra vârsta fragedă, deoarece au legat creșterea de moarte.

Conceptul morții: stadii ale dezvoltării

Astfel, după ce am văzut vastitatea preocupărilor copiilor pentru moarte, îmi voi îndrepta atenția către ontogenia conceptului morții. Multe cercetări au remarcat că gândurile și temerile copiilor care se raportează la moarte și metodele pentru a face față fricii sunt specifice anumitor stadii ale dezvoltării.

Impedimente în calea cunoașterii a ceea ce știe copilul despre moarte

Există destule obstacole în fața cunoașterii a ceea ce știu copiii foarte mici despre moarte; ca atare, există multe controverse în domeniu.

Lipsa capacităților lingvistice și pentru gândirea abstractă. Absența vorbirii în cazul copiilor foarte mici constituie o barieră formidabilă pentru înțelegerea de către adulți a experienței interioare infantile. Prin urmare, profe-

sioniştii domeniului fac presupuneri adesea extrem de subiective despre ce ştie sau nu copilul. Un alt factor este că psihologii dezvoltării, în special Jean Piaget, au demonstrat că vârstelor foarte mici le lipseşte capacitatea pentru gândirea abstractă. Chiar şi la zece ani, copilul se află într-un stadiu al operaţiunilor mentale concrete şi abia începe să ia în calcul ceea ce e „potenţial" sau „posibil".[9] Deoarece moartea, moartea personală a cuiva, existenţa sau neantul, conştiinţa, finitudinea, eternitatea şi viitorul sunt cu toate concepte abstracte, mulţi psihologi ai dezvoltării au conchis că cei de vârste mici nu au niciun concept precis al morţii.

Poziţia lui Freud. Un alt factor important care influenţează opiniile specialiştilor cu privire la conceptul morţii la copii a fost poziţia extrem de apăsată a lui Freud, care era convins că, în primii ani de viaţă, adevăratele implicaţii ale morţii nu sunt pricepute. Deoarece Freud considera că primii ani de viaţă sunt cei mai importanţi pentru formarea caracterului, a considerat moartea un factor neimportant pentru dezvoltarea psihică. Aceste pasaje din *Interpretarea viselor* îi redau poziţia:

> *...reprezentarea pe care o are copilul despre „a fi mort" nu are în comun cu reprezentarea noastră decât cuvântul şi poate prea puţine alte lucruri. Copilul nu ştie nimic despre ororile putrefacţiei, de îngheţarea în mormântul rece, de groaza de nimicul fără de sfârşit, pe care adultul le suportă atât de greu în reprezentarea lui, aşa cum ne-o arată toate miturile despre lumea de dincolo. Frica de moarte îi este străină, de aceea el se joacă cu acest înspăimântător cuvânt şi îl ameninţă pe un alt copil: „Dacă mai faci o dată asta, o să mori, cum a murit Franz", la care sărmana mamă, care nu poate uita că jumătate dintre oamenii care se nasc pe pământ nu ajung să treacă de vârsta copilăriei, se înfioară. Şi la opt ani, copilul care se întoarce acasă după o vizită la muzeul de istorie naturală, îi poate spune mamei sale: „Mama, te iubesc atât de mult; dacă o să mori vreodată, o să te împăiez şi o să te aşez în cameră ca să te pot vedea mereu!" Atât de puţin seamănă interpretarea pe care o are copilul despre „a fi mort" cu propria noastră reprezentare. Din partea unui băiat de zece ani, foarte înzestrat, am auzit, după moartea năprasnică a tatălui, spre uimirea mea: „Înţeleg că tata a murit,* dar *de ce nu se întoarce acasă la cină nu poate să îmi explice nimeni."*
>
> *Pentru copilul care este scutit de vederea scenelor de suferinţă de dinaintea morţii, a fi mort nu înseamnă decât „a fi departe", a nu-i mai tulbura pe cei care rămân în viaţă. El nu diferenţiază modurile în care se realizează această absen-*

ță, prin călătorie, părăsire, înstrăinare sau moarte. (...) Multe mame au aflat cu durere că copilului nu îi este foarte dor de persoanele absente; la întoarcerea dintr-un concediu de vară de mai multe săptămâni ele află uneori că micuții nu au întrebat nici măcar o dată de mami. Dacă ea a plecat însă cu adevărat în acel „ținut nedescoperit, din care nu se întoarce nimeni", atunci copiii par mai întâi să o fi uitat, și numai retroactiv ei încep să-și amintească de mama lor.[10]

Astfel, în opinia lui Freud, copilul, chiar la vârsta de opt sau nouă ani știe puțin (și, ca atare, se teme puțin) de moarte. În enunțurile sale referitoare la preocupările fundamentale ale copilului, Freud a așezat moartea în dezvoltarea relativ târzie, conferind preocupărilor sexuale o poziție anterioară și primordială. Concluziile sale despre rolul morții în dezvoltarea personală au fost extrem de influente și au condus la îngroparea prematură a chestiunii pentru generații. Nu doar că există motive teoretice și personale pentru greșeala lui Freud, dar există și motive provenite din metodologie: Freud nu a lucrat niciodată direct cu copii mici.

Subiectivitatea adulților. Subiectivitatea este o altă barieră importantă în descoperirea cunoștințelor copilului despre moarte. Fie că studiul este observațional, psihometric sau proiectiv, adultul e cel care trebuie să adune și să interpreteze datele; iar temerile personale ale omului matur și negarea morții contaminează frecvent rezultatele. Adulții sunt reticenți să converseze cu copiii despre moarte, evită tema și acceptă datele superficiale fără să le chestioneze, deoarece nu vor să sondeze mai în profunzime copilul. Ei percep sistematic în mod eronat experiența copilului și întotdeauna pleacă în direcția greșită care presupune că întotdeauna copilul e mai puțin conștient de moarte și, ca urmare, e mai puțin afectat de angoasă decât e în realitate.

O cercetare extrem de citată asupra temerilor copiilor a lui Rema Lapouse și Mary Monk este extrem de grăitoare în ceea ce privește rolul subiectivității.[11] Autorii au studiat un eșantion important (N=482) de copii normali, cu vârste între șase și doisprezece ani, urmărind să stabilească natura și amploarea temerilor copiilor. Însă, deoarece au avut impresia că ar fi imposibil să realizeze sute de interviuri cu copii, au intervievat în schimb mamele! Mamele au considerat că două elemente dintre cele mai strâns legate de moarte („boala, accidentul sau moartea" sau „grija pentru sănătate") constituie obiecte de preocupare minimă: doar douăspreze-

ce procente dintre mame au plasat primul element în rândul celor importante. (Prin contrast, 44 la sută au evaluat preocuparea pentru „șerpi" a fi una importantă, iar 38 de procente au evaluat asemănător „notele de la școală".)

Ulterior, au selectat în cadrul eșantionului un grup (N=192) și au intervievat atât copiii, cât și mamele. Rezultatele au demonstrat că în general mamele au subestimat frecvența temerilor copiilor. Două elemente legate de moarte au prezentat în particular discrepanțe accentuate: asupra acestor chestiuni răspunsurile mamelor și ale copiilor au concordat doar în 45% din cazuri: *în ceea ce privește neconcordanțele, 90% erau rezultatul subestimării de către mamă a grijii copilului pentru moarte.* (Mamele au subestimat în aceeași măsură și alte elemente legate inferențial de moarte cum ar fi „îmbolnăvirea sau moartea unui membru al familiei", „microbii", „focul"). Rezultatele sugerează că mamele tind să nu realizeze gradul în care copiii sunt preocupați de moarte.

Un alt studiu înregistrează reacțiile dintr-un spital pentru copii la moartea lui John F. Kennedy.[12] Cercetătorii au remarcat că angajații cu înaltă calificare ai spitalului au devenit pe neașteptate imprecíși în observarea reacțiilor copiilor la moarte. Membrii personalului au diferit substanțial nu doar în modul cum au observat reacțiile, dar și în opiniile cu privire la câte informații trebuie furnizate copiilor și ce stres emoțional pot tolera cei mici.

Piaget, care a lucrat cu copiii întreaga sa viață profesională, credea că testele psihologice, chiar și cele sofisticate, furnizează adesea date incomplete sau înșelătoare și că – iar aici majoritatea clinicienilor ar fi de acord – modalitatea de cercetare cea mai satisfăcătoare este o „examinare generală" (sau un „interviu clinic"). Și totuși în literatură există foarte puține rapoarte ale unor interviuri în profunzime cu copii. Nu sunt oare stârnite instinctele părintești la vederea puilor majorității speciilor de mamifere, de la pisoi, cățeluși sau mânji până la oameni? E greu să contrazici înclinația biologică, să expui copilul adevărului gol-goluț despre moarte; și această dificultate, cred eu, e factorul cel mai important din spatele penuriei de cercetări realizate profesionist. De fapt, am dubii serioase că un proiect care să prevadă chestionarea explicită a celor mici va avea parafa comitetului care aprobă cercetarea pe subiecți umani; fără îndoială, un astfel de proiect va avea parte de o opoziție viguroasă din partea părinților.

Prin urmare, aceste cercetări sunt în general inferențiale și adesea superficiale. Există doar o mână de rapoarte de cercetare bazate pe interviuri directe,[13], iar majoritatea lor au deja câteva zeci de ani vechime. Maria Nagy și Sylvia Anthony și-au redactat lucrările pe baza unor cercetări din anii '40. Nagy (care era cunoscută și ca „Mătușica Moartea" printre elevii de la școala unde și-a efectuat cercetările) a cerut copiilor să realizeze desene despre moarte, să scrie compuneri despre moarte și să-și discute prin viu grai gândurile despre moarte.[14] Anthony a cerut definiții ale cuvintelor legate de moarte și a utilizat un test bazat pe completarea unei povestiri.[15] Paul Schilder și David Wechsler au prezentat în 1935 o serie de imagini legate de moarte unor copii, pe care i-au chestionat în legătură cu reacțiile avute.[16] Deși imaginile erau explicite și realmente macabre, autorii au făcut concesii sensibilității copiilor, acceptând și relatând răspunsurile așa cum le-au găsit. Dacă subiecții ar fi fost adulți, cercetătorii nu ar fi acceptat niciodată o astfel de procedură: ei ar fi adâncit în schimb cercetarea, ar fi investigat și interpretat răspunsurile în profunzime.

Ce este învățat copilul. Mai există un obstacol în calea aflării cunoștințelor despre moarte ale copilului. Cunoașterea cu privire la moarte rămâne doar puțină vreme într-o stare pură: adulții sunt extrem de angoasați la priveliștea unui copil care înțelege ideea de moarte și se grăbesc să îi ia de pe umeri povara. Copilul percepe angoasa adultului și, ca atare, descoperă că e imperativ să-și suprime grijile față de moarte. În schimb, va avea parte de consolări minore, dar autentice din partea părinților. Mulți părinți, în pofida unei deschideri considerabile și voinței ferme de a furniza o educație onestă, dau înapoi în fața neplăcerilor copilului. Anthony relatează o scurtă, dar grăitoare conversație între un copil de cinci ani și o mamă, profesor universitar:

Copilul: *„Și animalele mor?"*
Mama: *„Da, animalele mor și ele. Tot ce e viu moare".*
Copilul: *„Eu nu vreau să mor. Mi-ar plăcea să trăiesc mai mult decât oricine de pe pământ".*
Mama: *„Nu e necesar să mori; poți să trăiești la nesfârșit".*[17]

În general, părinții încearcă să diminueze temerile copilului oferindu-i o formă de negare, care poate consta fie într-un sistem idiosincrastic de nega-

re, fie într-un mit al imortalității cauționat de societate. Ceea ce descoperă adesea cercetătorul nu este înclinația naturală a copilului, ci un amalgam complex format din conștientizări ale copilului, din angoasele sale și din negare, amestecate cu angoasele adultului și mecanismele aferente de apărare prin negare. Ce trebuie sau nu să i se spună copilului e o chestiune pe care o vom discuta în altă parte, dar va trebui să înțelegem motivele pe baza cărora alegem modalitățile de educare în chestiunea morții. E spre beneficiul copilului sau al adultului? Erma Furman, care a studiat îndeaproape copiii cărora le-a murit un părinte, a tras concluzia că „informația concretă cu privire la moarte le era de un anumit ajutor, dar mediul lor a deformat sau a ascuns anumite fapte obiective, intenționat sau nu."[18]

Prima conștientizare a morții

Când află copilul de moarte? Există câteva surse de date (toate fiind însă inhibate de impedimentele pe care le-am descris): observații longitudinale atente – de către părinți sau observatori cu formare de specialitate; teste psihologice – în principal definiții ale unor cuvinte (cum ar fi „mort", „viață", „viu"), completarea unor istorii, TAT (Testul de apercepție tematică), analiza desenelor copiilor; observațiile sistematice efectuate de personalul spitalelor sau al căminelor și rapoartele de caz ale terapeuților care lucrează cu copii sau cu adulți ce furnizează elemente din trecutul lor.

Moartea și dezvoltarea vorbirii. Cele mai obiective observații se bazează pe capacitatea copilului de a folosi limbajul. Anthony a încercat să afle ce știe copilul despre moarte, cerând la optzeci și trei de copii să definească termenul „mort" inserat într-un test general de vocabular. Răspunsurile a 100% dintre copiii de cel puțin șapte ani (și două treimi dintre cele ale copiilor de șase ani) au indicat înțelegerea sensului cuvântului (deși în definițiile furnizate au fost incluse fenomene neesențiale din punct de vedere logic sau biologic). Doar trei dintre cei douăzeci și doi de copii de până la șase ani ignorau complet sensul cuvântului.[19]

O altă abordare obiectivă a problemei constă în studierea dezvoltării conceptelor de „viu" sau „viață" la copii. La vârste mici, copiii par a fi extrem de confuzi în ceea ce privește proprietățile entităților vii. J. Sully a remarcat în 1895 că la primele vârste mișcările aparent spontane sunt considerate a fi un semn de viață și, de aceea, copiii consideră obiecte precum focul sau

 fumul ca fiind vii.[20] Piaget considera că animismul copiilor (pe care îl considera a fi analog celui al primitivilor) trece prin patru stadii. La început, obiectele neînsuflețite sunt considerate a avea viață și voință. Odată cu al șaptelea an de viață, copilul începe să atribuie viață doar lucrurilor care mișcă. De la opt la zece ani, copilul atribuie viață lucrurilor care se mișcă autonom, iar după aceea copilul ajunge la o concepție care seamănă tot mai mult cu cea a unui adult.* [21]

Copilul are parte de multă confuzie atunci când încearcă să înțeleagă ce anume trăiește sau are viață și ce este neînsuflețit. De exemplu, potrivit unui studiu, peste o treime dintre copiii între șapte și opt ani credeau că râul sau ceasul sunt vii; trei sferturi erau de părere că luna e vie, în vreme ce 12% credeau despre copaci că nu sunt vii.[22] Confuzia copilului este probabil alimentată și de mesaje culese din mediu ce îl induc în eroare. El nu e niciodată educat clar în legătură cu aceste probleme de către adulți. Copiii sunt ținuți în confuzie și de păpușile sau jucăriile mecanice care imită viața. Licențele poetice din limbaj sunt o altă sursă de confuzie („norii aleargă pe cer", „luna își aruncă razele prin fereastră", „râul se aruncă în mare").

Observarea copiilor. Studiile asupra dezvoltării lingvistice i-au făcut pe mulți psihologi ai dezvoltării și clinicieni să plaseze conștientizarea morții de către copil mult mai târziu decât indică observațiile directe pe care le voi prezenta în cele de mai jos. Probabil cercetătorii au pretenții prea stricte în materie de date empirice. Există vreun motiv pentru care copilul trebuie să poată defini pe „viu" sau pe „mort" pentru a ști în fibra sa că nici el, nici insectele, animalele și nici alți oameni nu vor mai exista? Cercetătorii care studiază copiii mici conchid aproape invariabil că aceștia au un comerț considerabil cu moartea. Obiecția teoretică potrivit căreia copilul cu o vârstă sub opt ani nu poate înțelege concepte abstracte e una care are nevoie de temeiuri. Așa cum subliniază Kastenbaum și Aisenberg, „între punctele extreme date de «lipsa înțelegerii» și gândirea

* Piaget considera subiectul morții drept unul care contribuie la dezvoltarea conceptului matur al cauzalității. În gândirea timpurie a copilului, fenomenul motivației este considerat sursa și explicația existenței lucrurilor, fiecărei cauze atașându-i-se un motiv. Atunci când copilul devine conștient de moarte, sistemul său de gândire suferă un șoc: animalele și oamenii mor, iar morțile lor nu pot fi explicate ca un rezultat al motivelor. Treptat, copiii încep să înțeleagă că moartea trebuie să fie o lege a naturii – o lege care e uniformă și impersonală.

abstractă explicită și integrată, există nenumărate moduri în care o minte fragedă se poate raporta la moarte".[23] Deși oarecum vagă, expresia „raportarea la moarte" poate fi totuși precizată: copilul se gândește la moarte, se teme de ea, e curios, înregistrează percepțiile legate de moarte care îi rămân în minte toată viața și construiește apărări bazate pe magie împotriva morții.

Kastenbaum și Aisenberg relatează câteva observații făcute asupra lui David, un copil de optsprezece luni care a descoperit o pasăre moartă în curte. Băiatul a părut uluit și, potrivit părinților, pe față i s-a așezat „o expresie înghețată, ritoasă, care poate fi cel mai bine comparată cu masca stilizată din reprezentațiile tragediilor grecești".[24] David era un copil mic normal, care avea obișnuința de a apuca și a examina orice putea să ajungă cu mâna; acum el s-a așezat pe vine lângă pasăre, dar nu a făcut niciun efort să o atingă. Peste câteva săptămâni a găsit o altă pasăre moartă. De data asta, a luat pasărea și a insistat prin gesturile sale, ce mimau inclusiv zborul unei păsări, ca aceasta să fie așezată înapoi pe o ramură. Când părinții au așezat pasărea moartă în copac și pasărea nu și-a luat fatalmente zborul, David a ținut insistent ca pasărea să fie reașezată în copac. Câteva săptămâni după aceea, atenția copilului a fost atrasă de o frunză răzleață căzută, iar el s-a străduit din toate puterile să o așeze înapoi în copac. Când a eșuat să întoarcă soarta frunzei, i-a cerut tatălui său să o repună în copac. Deoarece David nu putea vorbi, nu putem fi siguri de ce se petrecea în interiorul său, dar comportamentul manifestat sugerează încleștarea cu conceptul morții. Fără îndoială, expunerea la moarte a generat un comportament neobișnuit și fără precedent.

Psihologul Szandor Brant relata un incident care l-a implicat pe fiul său, Michael, în vârstă de doi ani și trei luni.[25] Michael, care fusese înțărcat de la biberon de un an, a început se scoale de câteva ori pe noapte, urlând isteric după biberon. În răspunsurile la întrebările puse, Michael a insistat că îi trebuie biberonul deoarece altfel: „Nu voi porni la contact", „Mi se va termina benzina", „Motorul nu va mai merge, iar eu voi muri". Tatăl său relatează că, imediat înainte ca Michael să înceapă să se scoale noaptea, de două ori, o mașină rămăsese fără benzină în prezența copilului, ocazii cu care s-a discutat pe îndelete despre cum motorul „a murit" și despre cum „bateria era moartă". Tatăl său a tras concluzia că, după toate aparențele, Michael credea că trebuia să bea fluide pentru a nu muri.

 Preocupările pentru moarte arătate de Michael au început chiar mai devreme, când a văzut o fotografie a unei rude moarte, ocazie cu care a adresat părinților un șuvoi nesfârșit de întrebări referitoare la starea acesteia. Povestea lui Michael indică faptul că moartea poate fi o sursă importantă de suferință pentru copiii mici. În plus, așa cum stăteau lucrurile și în primul caz, Michael a recunoscut de la o vârstă foarte mică moartea drept o problemă – probabil, după cum sugera Kastenbaum, o primă problemă vitală și un stimul primar pentru dezvoltarea mentală continuă.[26]

Pe baza câtorva ședințe cu copii normali între trei și cinci ani, în care a fost folosit jocul ca instrument de investigare, Gregory Rochlin a conchis că, încă de la cele mai fragede vârste, copilul învață că viața are un sfârșit și că moartea e ceva ce i se va întâmpla și lui, după cum se va întâmpla tuturor celor de care depinde.

> *Studiile mele au arătat că foarte repede în viață, mult mai înainte decât se presupune, copilul dobândește o anumită cunoaștere a morții, inclusiv cu privire la posibilitatea propriei morți. Deja la trei ani, teama de propria moarte este comunicabilă în termeni neechivoci. Cu cât înainte de vârsta de trei ani este dobândită această informație rămâne o chestiune în bună măsură speculativă. Comunicarea cu un copil mai mic pe această temă este improbabilă. De asemenea, este mult prea fragmentară. Mai important e că moartea ca teamă, moartea ca posibilitate începe deja să aibă efecte importante asupra copilului de trei ani.*[27]

Datele empirice sunt ușor accesibile, susține Rochlin, pentru oricine este disponibil să își plece urechea către copil și să îi observe jocul.[28] Copiii din toată lumea joacă jocuri ale morții și ale învierii. Ocaziile de a învăța despre moarte sunt numeroase: mersul la prima hală de carne spune oricărui copil mai mult decât vrea să știe. Se poate să nu fie nevoie de nicio experiență: este posibil, după cum susține Max Scheler,[29] să avem cu toții o cunoaștere intuitivă a morții. Indiferent de sursa cunoașterii, un lucru e totuși cert: tendința de a nega moartea este adânc înrădăcinată în fiecare dintre noi, chiar de la vârste mici. Cunoașterea e abandonată atunci când dorința i se opune.

Atunci când realitatea își face intrarea cu forța, apărările prin negare abia ridicate împotriva morții se clatină, oferind angoasei o breșă. Rochlin descrie un băiețel de trei ani și jumătate care, timp de câteva luni, își tot

întrebase părinții când vor muri.[30] Fusese auzit bodogănind că el nu va muri. Cam în acea perioadă a murit bunicul său. (Bunicul trăia într-un oraș îndepărtat, așa că abia era cunoscut de copil.) Acesta din urmă a început să aibă coșmaruri frecvente și întârzia regulat să se ducă la culcare: aparent, el punea semnul de egalitate între somn și moarte. A întrebat dacă moartea doare și a comentat că îi era frică să moară. Jocul său indica preocuparea pentru boală, moarte, pentru ce anume reprezintă a omorî sau a fi omorât. Deși e dificil de știut cu siguranță ce înseamnă „moartea" în lumea interioară a copilului preoperațional, părea că acest copil îi asocia o considerabilă anxietate: moartea însemna a fi aruncat la canal, rănit, a dispărea, a pleca pe conductă, a putrezi în cimitir.

Un alt copil în vârstă de patru ani și-a pierdut bunicul când împlinise trei ani. Copilul a insistat că bunicul nu murise. Mai apoi, când i s-a spus că bunicul murise de bătrânețe, a dorit ca mama să îi ofere asigurări că ea și tatăl nu sunt bătrâni și le-a spus că el nu va îmbătrâni. O parte din transcrierile ședințelor, care făceau apel la joc, au revelat limpede că acest copil de patru ani „s-a raportat cumva la moarte".

D: Aseară am găsit o albină moartă.

Dr: Părea moartă?

D: A fost omorâtă. Cineva a călcat pe ea și a murit.

Dr: Moartă cum sunt oamenii?

D: Sunt moarte, dar *nu ca oamenii care sunt morți. Deloc la fel cu oamenii morți.*

Dr: Există vreo diferență?

D: Și oamenii sunt morți, și albinele sunt moarte. Însă oamenii sunt puși în pământ și nu mai sunt buni de nimic. Oamenii.

Dr: Nu mai sunt buni de nimic?

D: După ceva vreme, albina va învia. Persoanele însă nu. Nu vreau să vorbesc despre asta.

Dr: De ce?

D: Deoarece am doi bunici în viață.

Dr: Doi?

D: Unul.

Dr: Ce i s-a întâmplat celuilalt?

D: A murit cu multă vreme în urmă. Acum o sută de ani.

Dr: Și pe urmă?

D: Poate voi muri și eu.

Dr: Toți oamenii mor.

D: Da, va trebui să mor și eu.

Dr: E trist.

D: N-am ce face.

Dr: N-ai ce face?

D: Da. Tatăl meu va muri. Asta e trist.

Dr: De ce va muri?

D: Nu contează.

Dr: Nu vrei să vorbești despre asta.

D: Vreau la mama.

Dr: Te conduc la ea.

D: Știu unde sunt oamenii morți: în cimitire. Bătrânul meu bunic e mort. Nu poate să iasă.

Dr: Vrei să spui de unde e îngropat?

D: Nu poate ieși. Niciodată.[31]

Pe baza experienței sale de psihanalist de copii, Melanie Klein a ajuns la concluzia că există o relație foarte strânsă a copilului foarte mic cu moartea – o relație care precede mult cunoașterea conceptuală a morții. Klein susține că teama de moarte face parte din experiențele cele mai timpurii ale copilului. Ea acceptă teoria din 1923 a lui Freud, potrivit căreia există o pulsiune de moarte inconștientă universală, dar e de părere că, pentru ca omul să supraviețuiască, e nevoie, în contrapondere, de teama de pierdere a vieții. Klein consideră că teama de moarte este principala sursă a angoasei; angoasa sexuală și a Supraeului devin prin aceasta fenomene tardive și derivate.

> *Observațiile mele analitice arată că există, în inconștient, o frică de anihilare a vieții. Consider, de asemenea, că, dacă postulăm existența unei pulsiuni de moarte, trebuie totodată să presupunem că, în straturile cele mai profunde ale psihicului, există o reacție la această pulsiune, sub forma fricii de anihilare a vieții. Așadar, după părerea mea, primejdia născută din acțiunea pulsiunii de moarte în interior este prima cauză a anxietății... În concepția mea, aceasta este expresia nedeghizată a fricii de anihilare totală a sinelui... frica de*

moarte pătrunde în frica de castrare și o întărește, nefiind „analogă" cu ea... Pentru că reproducerea reprezintă calea esențială de a contracara moartea, pierderea organelor genitale ar însemna sfârșitul puterii creatoare care menține și continuă viața.[32]

Argumentul lui Klein că preocuparea pentru reproducere izvorăște din teama de moarte este unul formidabil și repune în discuție puncte de vedere analitice tradiționale cu privire la ce anume este „primar" în viața mentală a individului. Kurt Eissler, care, în prima perioadă a mișcării psihanalitice, a reflectat în profunzime asupra morții, a ajuns și el la concluzia că preocuparea timpurie a copilului pentru sexualitate este una derivată, ulterioară unei teribile conștientizări a morții:

Cercetări de finețe în această chestiune ar putea arăta că interesul copilului pentru procesele generative (altfel spus, pentru „chestiunile vieții") este o reformulare secundă a unei preocupări anterioare și mai de scurtă durată pentru moarte. Probabil, copilul este deturnat de la o astfel de preocupare de către oroarea aferentă, ca și de neputința și disperarea care iau naștere din orice posibil progres al căutărilor sale.[33]

Alții cercetători care au observat îndeaproape copiii au ajuns la concluzia că, la primele vârste, indiferent că e echipat sau nu din punct de vedere teoretic să înțeleagă moartea, copilul reușește să înțeleagă totuși ce-i important în legătură cu ea. Anna Freud, care a lucrat cu copii mici în timpul bombardamentelor asupra Londrei, a scris: „Se poate spune că, în mod sigur, copiii care aveau peste doi ani în momentul bombardamentului asupra Londrei au realizat că locuința lor se va prăbuși dacă e nimerită și că oamenii sunt adesea uciși sau răniți când casele cad peste ei".[34] Ea a descris un copil de patru ani și jumătate care și-a dat seama de moartea tatălui: mama copilului a dorit ca moartea tatălui să fie negată de copii, însă copilul a insistat: „Știu totul despre tata. A fost ucis și nu se va mai întoarce niciodată".

Furman a lucrat cu un număr mare de copii care își pierduseră un părinte și a ajuns la concluzia că, în timpul celui de al doilea an de viață, copiii pot ajunge la o înțelegere a chestiunilor de bază legate de moarte. Înțelegerea morții este potențată de anumite tipuri de experiențe și mai

timpurii care ajută copilul să își formeze categoria mentală necesară. Furman citează următorul exemplu:

Suzie avea abia trei ani când și-a pierdut mama. Curând după ce i s-a comunicat trista veste, Suzie a întrebat: „Unde-i mămica?" Tatăl său i-a amintit de pasărea moartă pe care o găsiseră și o îngropaseră cu puțin timp înainte. I-a explicat că și mămica murise și fusese îngropată. Îi va arăta unde oricând Suzie o va dori. O lună mai târziu, Suzie i-a relatat tatălui: „Jimmy (fiul de șase ani al vecinului) mi-a spus că mămica mea va reveni în curând, deoarece așa i-a spus mămica sa. I-am spus că nu-i adevărat pentru că mămica mea e moartă, și atunci când ești mort nu te mai întorci. Nu-i așa tati?"[35]

O mamă a relatat următoarea discuție cu copilul său de trei ani și nouă luni:

Jane nu a avut parte de niciun fel de educație religioasă, iar până acum nu s-a confruntat cu moartea niciunui om cunoscut. Acum câteva zile a început să pună întrebări despre moarte... Conversația a început prin întrebarea lui Jane dacă oamenii pot reapărea primăvara ca florile. (Cu aproximativ o săptămână înainte fusese foarte supărată deoarece floarea sa favorită murise și am consolat-o spunându-i ca va reapărea în primăvară.) I-am răspuns că nu revin în același fel, ci diferiți, probabil sub forma unor nou-născuți. Răspunsul a îngrijorat-o vizibil – urăște schimbarea și îmbătrânirea oamenilor – deoarece a răspuns: „Nu vreau ca buni să fie diferită, nu vreau să se schimbe și să îmbătrânească", iar mai apoi: „Va muri buni? Voi muri și eu? Toată lumea moare?" După răspunsul meu afirmativ, a izbucnit în lacrimi realmente sfâșietoare și a repetat: „Dar eu nu vreau să mor, nu vreau să mor...". După aceea, a întrebat cum mor oamenii, dacă doare, dacă atunci când mor își mai deschid ochii, dacă vorbesc, mănâncă și poartă haine. Deodată, în mijlocul acestor întrebări și plânsete, a spus: „Trebuie acum să îmi beau ceaiul" și problema a fost pentru moment uitată.[36]

E interesant să remarcăm răspunsurile nesigure și pline de tulburare ale mamei, care, cu puțin timp înainte, reușise fără mari dificultăți să răspundă întrebărilor fiicei cu privire la naștere și la originea copiilor. Ea și-a încheiat relatarea de mai sus spunând: „M-a luat cu totul pe nepusă masă. Deși mă așteptam la întrebări despre naștere etc., nu mă gândisem la cele

legate de moarte și nici ideile mele nu sunt deloc clare". Evident, copilul ia act și de angoasa și confuzia părinților odată cu cuvintele lor consolatoare.

Alte relatări ale conversațiilor cu părinții ne spun câte ceva despre sentimentul fricii copilului și al curiozității în legătură cu moartea. De pildă:

> *În ultima vreme, Richard (5 ani și o lună), când face baie, începe să se smiorcăie și să se întristeze în legătură cu moartea. Ieri, în timp ce se bălăcea în cada sa, a spus că e posibil să nu moară niciodată sau să trăiască o mie de ani. Astăzi a zis: „S-ar putea să fiu singur când mor. Vei fi lângă mine?" „Dar nu vreau să mor niciodată; nu vreau să mor". Cu câteva zile înainte, deoarece păruse să se teamă că nu știe cum să moară, mama sa i-a spus să nu se îngrijoreze, deoarece ea va muri prima și el va ști cum se face. Asta a părut să îi dea siguranță.*[37]

Într-un controversat eseu, Adah Maurer face câteva speculații intrigante cu privire la conștientizarea de către copil a morții în primii ani de viață.[38] Prima sarcină a copilului, consideră Maurer, constă în a diferenția între sine și mediu – în a cunoaște existența ca opusă neființei. Pe măsură ce copilul pendulează între conștient și inconștient, între somn și veghe, ajunge să dobândească o înțelegere a acestor două stări. Care e experiența mentală în timpul unui episod de pavor nocturn? Maurer sugerează că micuțul probabil conștientizează neființa și îi este frică. Întins pe întuneric, într-o cameră fără zgomot și privat atât de auz, cât și de vedere, copilul poate fi panicat de o senzație pe jumătate distinctă, decorporalizată. (Mark Stern, care a studiat pavorul nocturn, a ajuns la concluzii similare: copilul este terifiat de neant.[39])

De ce copilul obține plăcere din jocul care constă în a arunca jucării când e cocoțat pe scaun? Dacă găsește un partener care să îi facă pe plac și să îi înapoieze jucăria, va continua jocul până când partenerul obosește și se retrage. Probabil această delectare izvorăște din plăcerea erotică a mișcării musculare; e posibil să fie o manifestare a ceea ce Robert White numește pulsiunea de „efectanță", plăcerea inerentă a dominării mediului.[40] Maurer sugerează că vârstele mici sunt fascinate de apariții și dispariții care, în gândirea și comportamentul de care e capabil copilul, reprezintă simboluri materiale ale conceptelor de ființă și neființă.[41]

 Într-adevăr, pulsiunea de efectanță a lui White poate fi un rezultat al încercării copilului de a învinge neființa. Aceste speculații sunt în concordanță cu un corpus enorm de studii din domeniul psihologiei dezvoltării pe tema „permanenței obiectului", dar a cărui discutare m-ar face să deviez mult prea mult. Voi remarca totuși pe scurt că un copil nu poate aprecia dispariția unui obiect până când nu i-a priceput permanența. Permanența este lipsită de sens în absența aprecierii schimbării, distrugerii sau dispariției. De aceea, copilul își dezvoltă în tandem conceptul permanenței și pe cel al schimbării.[42] În plus, înțelegerea permanenței obiectului și cea a propriei persoane sunt legate: același tip de oscilație, care pune în raport permanența (faptul de a fi viu, ființă) și dispariția (neființă, moarte), este esențial în dezvoltarea copilului.

„S-au dus" este una dintre primele fraze din vocabularul copilului, și „s-au dus" rămâne o temă comună printre temerile copilăriei. Copiii remarcă dispariția un pui înainte de masă; sau, din momentul în care dopul este scos, cum apa dispare toată; sau cum materiile fecale se duc atunci când e trasă apa. Copilul căruia nu îi e frică de a fi devorat, de a nu dispărea în toaletă sau de a nu fi luat pe canal este o raritate. Literatura analitică remarcă echivalarea inconștientă între fecale și cadavru.[43] Poate a sosit vremea ca psihoterapeuții să reconsidere dinamica din cadrul educației legate de folosirea toaletei, deoarece e posibil ca, la mijloc, să fie mai mult decât erotica anală și rezistența încăpățânată: educația legată de folosirea toaletei naște temeri cu privire la integritatea fizică și la supraviețuire.

Atunci când realizează că eterna reîntoarcere a obiectelor dispărute nu e ceva care să aibă loc, copilul caută alte strategii pentru a se proteja de amenințarea neființei. El devine cel care hotărăște, în loc să fie victima lui „s-au dus". Copilul scoate dopul căzii de baie, trage apa făcând să dispară obiecte, aprinde vesel chibrituri, este încântat să își ajute mama și apasă pe pedala coșului de gunoi. Mai târziu, copilul împarte moartea, fie și simbolic, în jocurile de-a indianul sau cowboyul sau chiar punând efectiv capăt vieții unor insecte. Karen Horney era de părere că ostilitatea și atitudinea distructivă a copilului sunt direct proporționale cu intensitatea sentimentului că supraviețuirea îi este pusă în pericol.

Dacă un copil „știe", atunci care e soarta acestei cunoașteri?

Cunoscutul nu rămâne veșnic cunoscut. Matilda McIntire, Carol Angle și Lorraine Struempler au chestionat 598 de copii, întrebându-i dacă un animal de companie mort știe că stăpânul îi duce dorul și au constatat că, la șapte ani, copiii sunt mai înclinați să accepte că moartea e definitivă și ireversibilă decât la unsprezece și doisprezece ani.[44] O descoperire legată de aceasta este cea descrisă de Irving Alexander și Arthur Adlerstein, care au măsurat GSR-ul* unui număr mare de copii între cinci și șaisprezece ani, care au fost expuși la serii de cuvinte legate de moarte amestecate printre cuvinte neutre.[45] Aceștia au împărțit copiii în trei grupuri: copii mici (5–8), preadolescenți sau în perioada de latență (9–12) și adolescenți (13–16). Rezultatele au indicat *că vârstele mai mici (și adolescenții) aveau un răspuns emoțional mai intens decât cei aflați în perioada de latență la cuvintele legate de moarte.* Concluzia autorilor este că perioada de latență este una benignă, „vârsta de aur" a copilăriei. „Copiii la această vârstă par mult prea implicați în rutina vieții și în plăcerile aferente pentru a fi preocupați de conceptul morții."

Cred că putem explica rezultatele de o manieră mai puțin influențată de un astfel de optimism incurabil, spunând că, timpuriu, copiii se lovesc de „realitățile adevărate ale vieții", că cercetările lor solitare îi conduc la descoperirea morții. Însă copilul este frapat de ce descoperă și are experiența unei angoase primare. Deși caută o asigurare, copilul trebuie totuși să se confrunte cu moartea: se poate panica, o poate nega, personifica, batjocori, refula sau deplasa, însă va trebui să se confrunte cu ea. În perioada de latență, copilul învață (sau este învățat) să nege realitatea. De aceea, treptat, pe măsură ce dezvoltă forme sofisticate și eficiente de negare, sesizarea morții alunecă în inconștient, iar teama explicită de moarte slăbește. Zilele lipsite de griji ale preadolescenței – „vârsta de aur" a latenței – nu diminuează angoasa de moarte, ci sunt rezultatul ei. Deși în perioada de latență se acumulează multe cunoștințe de ordin general, în ceea ce privește cunoașterea realităților vieții se fac pași înapoi. Înțelegerea morții este la fel de „latentă" ca și cea a sexualității infanti-

* Răspunsul Galvanic al Pielii [Galvanic Skin Response] – o măsurătoare psihologică a anxietății.

 le. În adolescență, sistemele de negare din copilărie nu mai sunt eficace. Tendințele introspective și resursele sporite ale adolescentului îi permit să se confrunte din nou cu inevitabilitatea morții, să ducă povara angoasei și să caute o modalitate alternativă de a se descurca în raport cu realitățile vieții.

Stadiile cunoașterii

Construcția unui model funcțional al dezvoltării ulterioare a conceptului morții la copil depinde de chestiunea nerezolvată a ceea ce el „știe" despre moarte. Fie copilul dezvoltă treptat o conștientizare și o înțelegere a morții; fie, după cum cred și eu, copilul este antrenat pe un parcurs accidentat, el „știind" prea mult, prea devreme, motiv pentru care caută să refuleze acea cunoaștere, să „ne-știe", până când, gradual, e finalmente pregătit să accepte ceea ce știa deja. Nu există certitudini în acest domeniu; nu avem dovezi categorice pentru niciunul dintre punctele de vedere.

Consider că stadiile care urmează primei luări la cunoștință a morții de către copil au ca fundament negarea. Existența unei cunoașteri anterioare este inerentă conceptului de negare; se poate nega doar ce e știut. Dacă un cititor alege să nu accepte argumentele pe care le-am adus în favoarea cunoașterii anterioare, el va trebui să citească „aproximări ale cunoașterii" acolo unde eu am scris „negare".

Negare: moartea e temporară, diminuare, suspendare a vieții sau somn. Mulți copii suficient de mari pentru a putea vorbi spun că moartea este reversibilă, temporară sau că e mai degrabă o diminuare decât o încetare a conștiinței. Acest punct de vedere primește o susținere considerabilă din partea omniprezentelor desene animate de la televizor, care prezintă personaje spulberate de explozii, aplatizate, strivite sau mutilate într-un număr infinit de moduri, dar care sunt mai apoi reconstituite miraculos. Nagy ne oferă câteva fragmente de interviu ilustrative:

S.C. (4 ani și 8 luni):

— *Nu se poate mișca deoarece e în sicriu.*

— *Dacă nu ar fi în sicriu s-ar mișca?*

— *Poate să bea și să mănânce.*

S.J. (5 ani și 10 luni):

— *Ochii i s-au închis, e întins acolo, așa că e mort. Orice i-ai face nu mai scoate niciun cuvânt.*

— *După zece ani va fi la fel cum a fost îngropat?*

— *Va fi mai în vârstă atunci, întotdeauna va fi din ce în ce mai în vârstă. Când va ajunge la 100 de ani va fi exact ca o bucată de lemn.*

— *Cum adică, va fi exact ca o bucată de lemn?*

— *Nu pot spune cum. Surioara mea ar fi făcut cinci ani. Nu eram în viață când a murit. Va fi crescut atât de mult în acest timp. Are un sicriu mic,* dar *încape în acest sicriu mic.*

— *Ce crezi că face acum?*

— *Stă întinsă, e tot timpul întinsă acolo. E încă prea mică pentru a fi ca o bucată de lemn. Doar oamenii foarte bătrâni ajung așa.*

— *Ce se întâmplă acolo, sub pământ?*

B.I. (4 ani și 11 luni):

— *Plânge pentru că e mort.*

— *Însă de ce ar trebui să plângă?*

— *Deoarece îi e frică de el însuși.*

T.P. (4 ani și 10 luni):

— *O persoană moartă e ca și una adormită. Doarme și ea, în pământ.*

— *Doarme la fel cum dormi tu noaptea?*

— *Ei bine, își închide ochii. Doarme ca oamenii noaptea. Așa doarme, pur și simplu așa.*

— *Cum îți dai seama că un om e mort sau doarme?*

— *Îmi dau seama dacă se duce seara la culcare și nu își mai deschide ochii. Dacă se duce la culcare și nu se mai scoală, fie e mort, fie e bolnav.*

— *Se va trezi vreodată?*

— *Niciodată. O persoană moartă știe doar dacă mormântul său este vizitat de cineva sau de ceva. Simte când cineva este în preajmă sau vorbește. Simte florile așezate pe mormânt. Apa atinge nisipul. Încet, încet aude tot. Mătușică, o persoană moartă simte dacă un lucru pătrunde adânc în pământ? (de exemplu apa)*

— *Ce crezi, i-ar plăcea să iasă de acolo?*

— *I-ar plăcea să iasă, dar sicriul e bătut în cuie.*

— *Dacă nu ar fi în sicriu, s-ar întoarce?*

— *Nu ar putea da deoparte tot nisipul.*

H.G. (8 ani și 5 luni):

— *Oamenii cred că persoanele moarte au capacitatea de a simți.*

— *Și o au?*

— *Nu, nu pot simți, cum nu pot simți în somn. Acum dorm, nu simt nimic exceptând când visez.*

— *Când suntem morți visăm?*

— *Nu cred. Nu visăm niciodată când murim. Câteodată mai există o străfulgerare, dar nu e nici pe jumătate de lungimea unui vis.*

L.B. (5 ani și 6 luni):

— *Ochii îi erau închiși.*

— *De ce?*

— *Deoarece era mort.*

— *Care e diferența între moarte și somn?*

— *I se aduce un sicriu și e așezat în el. Îi pun mâinile mortului așa.*

— *Și ce i se întâmplă în sicriu?*

— *Îl mănâncă viermii. Își croiesc găuri prin sicriu.*

— *De ce îi lasă să îi mănânce?*

— *Nu se mai poate scula, deoarece este acoperit de nisip. Nu poate ieși din sicriu.*

— *Dacă nu ar fi nisip peste el, ar fi putut să iasă?*

— *Desigur, dacă nu ar fi fost grav înjunghiat. Și-ar fi scos mâna afară din nisip și ar fi săpat. Asta arată că încă vrea să trăiască.*

T.D. (6 ani și 9 luni):

— *Nașul surorii mele a murit și eu l-am luat de mână. Mâna îi era rece. Era verde și albastru. Fața îi era numai riduri. Nu putea să se miște. Nu își putea încleșta mâna, pentru că era mort. Și nu putea respira.*

— *Fața lui?*

— *Era ca pielea de găină, pentru că e rece. Era rece deoarece era mort, și atunci ești rece peste tot.*

— *El simte frigul sau doar pielea lui era așa?*

— *Și dacă e mort simte. Morții simt puțin, puțin. Când cineva e mort de-a binelea, nu mai simte nimic.*

G.P. (6 ani):

— *Și-a întins brațele și s-a lungit. Nu îi mai puteai îndoi brațele. Nu putea să vorbească. Nu putea să se miște. Nu vedea. Nu își putea deschide ochii. A stat lungit timp de patru zile.*

— *De ce patru zile?*

— *Deoarece îngerii nu știau încă de unde să-l ia. Îngerii sapă și îl iau cu ei. Îi dau aripi și el zboară.46*

Aceste afirmații sunt extrem de relevante. Contradicțiile interne sunt frapante, după cum frapant e și clivajul nivelelor cunoașterii vizibil chiar și în aceste scurte fragmente. Morții simt, dar nu simt. Morții cresc, dar cumva rămân de aceeași vârstă și încap într-un sicriu la fel de mare. Un copil îngroapă un câine de companie, dar lasă mâncare pe mormânt, deoarece câinelui poate să i se facă foame.[47] Copilul pare să creadă în câteva stadii ale morții. Morții pot simți „puțin, puțin" (sau pot avea străfulgerări onirice); însă cineva care e „mort de-a binelea.... nu mai simte nimic". (Întâmplător, aceste citate sunt oferite de Nagy ca dovadă pentru faptul că în ochii copilului moartea e fie temporară, fie e complet negată prin asimilarea sa cu somnul. Iarăși, părtinirea de care dă dovadă observatorul este evidentă; mie aceste pasaje îmi demonstrează că în posesia copiilor există un volum considerabil de cunoștințe. Nu e nimic temporar sau incomplet în a fi mâncat de viermi, în a rămâne veșnic sub țărână, în a fi „mort bine" și „a nu mai simți nimic".)

Semnul de egalitate pus de copil între somn și moarte este binecunoscut. Somnul este experiența copilului cea mai apropiată de inconștiență și singurul indiciu de care dispune pentru ce înseamnă să fii mort. (În mitologia greacă, moartea, Thanatos, și somnul, Hypnos, erau frați gemeni). Această asociere are consecințe asupra tulburărilor somnului, mulți clinicieni sugerând că teama de moarte este un factor important în insomnie atât în cazurile de adulți, cât și la copii. Mulți copii care manifestă teamă consideră somnul periculos. Să ne amintim rugăciunea din copilărie:

Acum, că îmi întind trupul s-ațipească,
Rog pe Domnul de suflet să se-ngrijească.
Dacă voi muri înainte de a mă trezi,
Rog pe Domnul sufletul a-mi primi.

Afirmațiile adunate de Nagy arată cât se poate de clar că, și în condițiile unei cunoașteri imperfecte, copiii consideră moartea drept înfricoșătoare și ca o sursă de angoasă. Ideea de a fi închis într-un sicriu bătut în cuie, de a plânge sub pământ, de a sta îngropat o sută de ani pentru ca mai apoi să devii o bucată de lemn, de a fi mâncat de viermi, faptul de a

 simți răceala, de a deveni verde sau albastru, de a nu mai fi capabil să respiri sunt cât se poate de înfricoșătoare.*

Aceste credințe ale copiilor cu privire la moarte ne aduc cu picioarele pe pământ, mai ales dacă suntem niște educatori sau părinți care preferă să ignore caracterul neplăcut al subiectului. „Ceea ce ei nu știu, nu poate să îi afecteze", sună motivul din spatele tăcerii oficiale. Însă ceea ce copiii nu știu inventează; iar după cum o arată aceste exemple, născocirile sunt mai hidoase decât adevărul. Voi mai vorbi despre educația cu privire la moarte, însă, pentru moment, e suficient de evident că opiniile copiilor despre moarte sunt realmente terifiante, motiv pentru care aceștia simt nevoia să găsească modalități prin care să-și diminueze tensiunea mentală.

Negarea: două bastioane împotriva morții. Copilul posedă două mijloace fundamentale de apărare împotriva terorii morții – mijloace care datează chiar de la începutul vieții: credința adâncă în propria inviolabilitate, ca și cea în existența unui salvator personal rezervat lui. Deși aceste opinii sunt încurajate de educația parentală și religioasă cu privire la miturile vieții de apoi, la un Dumnezeu protector și la eficacitatea rugăciunii individuale, ele rămân totuși înrădăcinate în experiențele de viață timpurii ale copilului.

Statutul special. Fiecare dintre noi, în copilărie, dar, mai apoi, și la vârsta adultă, se agață de credința irațională în propriul caracter special. Limitele, îmbătrânirea, moartea se aplică doar *lor*, și nu *mie*. La un nivel profund, fiecare este convins de propria invulnerabilitate și de propriul caracter nepieritor. Originile acestei credințe primordiale (sau „ur-apărare" , după cum o numește Jules Masserman[49]) se găsesc în zorii vieții. Pentru fiecare dintre noi, primii ani reprezintă momente de egocentrism intens. Fiecare e universul însuși: nu există granițe între propria persoană și celelalte obiecte sau ființe. Fără efort personal, orice capriciu e satisfăcut: simplul gând se transformă în faptă. Suntem marcați cu pecetea caracterului special, iar această opinie preexistentă este mobilizată împotriva angoasei morții.

Salvatorul suprem. Mână în mână cu această iluzie antropocentrică (și nu folosesc termenul cu intenție peiorativă, deoarece este o iluzie extrem de

* Aceste opinii despre moarte din primii ani persistă în inconștient de o manieră remarcabil de durabilă. Spre exemplu, Elliot Jacques relatează următorul vis al unei claustrofobe între două vârste: „Era întinsă într-un sicriu. Fusese tăiată în mici bucăți și era moartă. Însă prin fiecare bucată trecea câte unui fir al unei rețele de nervi conectate la creierul său. Ca urmare, putea să simtă totul. Știa că era moartă. Nu putea să se miște sau să scotă sunete. Putea doar să stea întinsă în întunericul claustrofobic și în liniștea sicriului".[48]

răspândită, poate universală) stă credința într-un salvator suprem. Și această opinie își are originea în zorii vieții, în timpul figurilor neclare ale părinților, acele prelungiri minunate ale copilului, care nu sunt doar factori motori puternici, ci și ajutoare veșnice. Credința într-un ajutor extern este întărită de atenția grijulie din perioada copilăriei. Iar și iar, copilul se aventurează prea departe, se lovește de zidul realității și este salvat de enormele aripi materne, care îl adăpostesc în căldura lor.

Credința în caracterul special și în salvatorul suprem ajută copilul aflat în creștere: ele reprezintă fundamentul ultim al structurilor de apărare pe care individul le construiește în fața terorii morții. Pe ele se clădesc alte mecanisme secundare de apărare, care adesea la adult oculteazá apărările originare, ca și natura angoasei primare. Aceste două mecanisme de apărare de bază sunt bine încastrate în firea noastră (să remarcăm cu persistența lor în miturile nemuririi și în credința într-un Dumnezeu personal din practic toate religiile importante*) și se regăsesc la vârsta adultă, când exercită o influență puternică asupra structurii caracterului și formării simptomelor, după cum voi arăta în capitolul următor.

Negarea: credința potrivit căreia copiii nu mor. Una dintre consolările pe care copiii și-o acordă în primii ani de viață este că sunt imuni la moarte. Cei tineri nu mor; moartea vine doar la o vârstă înaintată, iar aceasta este departe, foarte departe. Câteva ilustrări:

> S. (5 ani și 2 luni): *Unde e mama ta?*
> *Mama: În ceruri. A murit de ceva vreme. Cred că avea cam 70 de ani.*
> *S.: Trebuie să fi avut 80 sau 90.*
> *Mama: Nu, doar 70.*
> *S.: Ei bine, bărbații trăiesc până la 99 de ani. Tu când vei muri?*
> *Mama: Of, nu știu. Când voi avea 70, 80 sau 90 de ani.*
> *S.: Of, (pauză) când voi fi mare nu mă voi bărbieri și îmi va crește barba, nu-i așa? [Într-o conversație anterioară. S-a spus că știa că bărbaților le crește barba când devin foarte, foarte bătrâni. Mai târziu, a devenit limpede că el dorea să nu se bărbierească într-un efort de a întârzia moartea pe termen nedefinit.]*[51]

---

* Este important de subliniat că valoarea psihodinamică sau semnificația religiei nu neutralizează neapărat adevărul intrinsec al opiniilor religioase. Or, așa cum o spune Viktor Frankl: „pentru a satisface curiozitatea sexuală precoce, inventăm povestea că barza aduce copiii. Dar din aceasta nu reiese că barza nu există"[50].

Ruth (4 ani și 7 luni): *Vei muri, tata?*

Tatăl: Da, dar nu înainte de a îmbătrâni.

Ruth: Și vei îmbătrâni?

Tatăl: Da, da.

Ruth: Voi îmbătrâni și eu?

Tatăl: Da.

Ruth: Mi-e frică de moarte în fiecare zi. Mi-aș dori să nu îmbătrânesc niciodată și să nu mor. Se poate?[52]

Conducătorul interviului: Copiii pot muri?

G.M. (6 ani): *Nu, băieții nu mor decât dacă sunt călcați de o mașină. Dacă merg la spital, cred că scapă.*

E.G. (5 ani): *Eu nu o să mor. Mori când ești bătrân. Nu voi muri niciodată. Oamenii mor când îmbătrânesc [mai târziu va spune că va muri când va fi foarte bătrân].*[53]

În răspunsurile la teste bazate pe completarea unei povestiri, majoritatea copiilor arată că preferă să rămână copii o lungă perioadă de timp, în loc să crească repede. Un băiețel de nouă ani și jumătate a declarat că dorea să nu mai crească pentru a rămâne copil, deoarece, „pe măsură ce cineva înaintează în vârstă, e tot mai puțină viață în el".[54]

Moartea efectivă a unui copil pune desigur probleme grele celor mici, pe care adesea le rezolvă făcând distincția între a muri și a fi ucis. Un băiat a declarat: „Băieții nu mor decât dacă sunt înjunghiați sau loviți de o mașină". Un alt copil a spus: „Când ai zece ani, nu prea văd cum poți muri altfel decât dacă ești ucis de cineva!"[55] Un altul (de șase ani): „Nu voi muri, dar, dacă ieși în ploaie, poți muri"[56]. Toate aceste comentarii diminuează angoasa dând copilului asigurarea că moartea nu e o problemă imediată sau, cel puțin, nu e una de neevitat. Fie moartea este plasată la vârsta bătrâneții – o vreme dincolo de imaginația copilului –, fie moartea e accidentală, și asta doar dacă ești „foarte, foarte" neatent.

Negarea: personificarea morții. Cei mai mulți copii trec între cinci și nouă ani printr-o perioadă în care antropomorfizează moartea. Morții i se conferă o formă și o voință: fie e omul cu coasa, un strigoi, un schelet, o fantomă, o umbră, fie e pur și simplu asociată cu cei morți. Exemplele abundă:

B.G. (4 ani și 9 luni):

— Moartea face lucruri rele.

— Cum anume?

— Te înjunghie cu un cuțit.

— Ce-i moartea?

— Un om.

— Ce fel de om?

— Omul-moarte.

— De unde știi?

— L-am văzut.

— Unde?

— În iarbă. Culegeam flori.

B.M. (6 ani și 7 luni):

— Moartea ia toți copiii răi. Îi prinde și îi duce cu ea.

— Cum e moartea?

— Albă, ca și zăpada. Moartea e albă peste tot. E rea. Copiii nu o plac.

— De ce?

— Deoarece e rea la inimă. Moartea ia și bărbați, și femei.

— De ce?

— Deoarece nu îi place să îi vadă.

— Ce-i alb la ea?

— Scheletul. Scheletul de oase.

— E așa în realitate sau doar se spune?

— E chiar așa. Odată am vorbit noaptea despre ea și moartea a venit cu adevărat. Are oriunde o cheie potrivită, așa că poate deschide orice ușă. A intrat și a făcut dezordine. A venit la pat și a tras lenjeria. M-am învelit bine. Nu puteam să o fi tras eu. După aia a plecat.

P.G. (8 ani și 6 luni):

— Moartea vine când moare cineva și vine cu o coasă, îl răpune și îl ia cu el. Când moartea pleacă, picioarele ei lasă urme. Când urmele au dispărut, s-a întors și a cosit alți oameni. Și când au vrut să o prindă, a dispărut.

B.T. (9 ani și 11 luni):

— Moartea e un schelet. E într-atât de puternic, încât poate să răstoarne va-

poare. Moartea nu poate fi văzută. Ea e într-un loc ascuns. E ascunsă pe o insulă.

V.P. (9 ani și 11 luni):

— *Moartea e foarte periculoasă. Nu știi niciodată momentul în care te ia. Moartea e invizibilă, nu a fost niciodată zărită de cineva din lume. Însă noaptea vine la fiecare pentru a-l lua cu ea. Moartea e ca un schelet. Toate mădularele îi sunt făcute din os. Însă, când se luminează, când vine dimineața, nu rămâne nicio urmă din ea. Așa de periculoasă e moartea.*

M.I. (9 ani și 9 luni):

— *Întotdeauna moartea este desenată ca un schelet învelit de o pelerină neagră. În realitate nu poate fi văzută. De fapt, e un soi de duh. Vine și ia oamenii, nu îi pasă dacă ești cerșetor sau rege. Dacă vrea, te face să mori.*[57]

Deși aceste relatări sunt înfricoșătoare, procesul de personificare a morții este un element care atenuează angoasa. Imaginea unui schelet care urmărește oamenii și care iese noaptea din țărâna cimitirului, oricât de macabră ar fi, este liniștitoare în comparație cu adevărul. Câtă vreme copilul crede că moartea este provocată de un personaj sau de o forță externă, el este ocrotit de adevărul teribil că moartea *nu* e externă – că de la începutul vieții ducem în noi sămânța morții. În plus, dacă moartea este o ființă conștientă, dacă, așa cum spune copilul din ultimul exemplu, „*când vrea*, te face să mori", atunci e posibil, moartea să poată fi influențată să *nu* vrea să o facă. Probabil, că la fel ca Topitorul de nasturi, metafora ibseniană a morții din *Peer Gynt*, Moartea poate fi întârziată, îmblânzită sau, cine știe, chiar păcălită și înfrântă. În personificarea morții, copilul recapitulează evoluția culturală: orice cultură primitivă antropomorfizează forțele oarbe ale naturii într-un efort de a câștiga un control sporit asupra propriului destin.*

O frică de moarte antropomorfă bântuie gândurile oamenilor pe tot parcursul vieții. Sunt rari cei cărora, pe un anumit palier de conștientiza-

* Studiul din 1974 al lui Koocher asupra atitudinilor față de moarte a copiilor americani[58] nu coroborează descoperirile lui Nagy (realizate cu ajutorul unor copii maghiari) cu privire la personificarea morții. Probabil, există diferențe culturale pronunțate, însă diferența de metodologie dintre cele două studii face comparația dificilă: în studiul american interviurile au fost structurate puternic, existând puține explorări bazate pe interacțiunea subiect-conducător de interviu, în vreme ce, în cadrul proiectului maghiar, interviul a fost mult mai liber, axat pe conținut și mai personal.

re, nu le e frică de întuneric, demoni, fantome sau alte reprezentări ale supranaturalului. Chiar și un film cu fantome sau despre supranatural construit cu moderație va atinge coarde profunde în spectatori, după cum o știu prea bine toți cineaștii.

Negarea: a lua moartea peste picior. Copilul mai mare încearcă să își calmeze frica de moarte prin verificarea propriei vivacități. Copiii de nouă și zece ani iau adesea moartea peste picior; își zeflemisesc vechiul dușman. Un studiu al limbajului elevilor a scos la iveală multe glume, care lor le par nostime; de exemplu:

Dacă nu vei fi îngropat, vei arde.
Nu tusea te va duce la groapă, ci sicriul în care vei fi cărat.
Acum că îmi întind trupul s-ațipească
Cu o sacoșă de banane lângă mine,
Dacă voi muri înainte de a mă trezi,
Mațele vor fi de vină, ca să știi.
Viermi intră,
Viermii ies,
Abia știi ce-i de-nțeles[59]

Mulți copii, în special băieți, se angajează în acte de curaj nesăbuite. (Este foarte posibil ca o parte din delicvența din adolescență să reflecte persistența anumitor apărări împotriva angoasei morții). Fetițele fac astfel de lucruri mult mai rar fie din cauza cerințelor de rol social, fie din cauză că, așa cum o sugerează Maurer[60], sunt mai puțin apăsate de temerile față de moarte din cauza cunoașterii rolului lor biologic de mame și, astfel, de creatoare.

Negarea conștientizării morții în literatura psihiatrică despre copii. În pofida argumentelor convingătoare și constrângătoare, ca și a dovezilor empirice că, încă de la o vârstă fragedă, copiii descoperă moartea și sunt permanent preocupați de ea, vom căuta în van o includere logică a fricii de moarte în formulările psihodinamice ale dezvoltării personalității sau în psihopatologie. De ce există această discrepanță între observația clinică și teoria dinamică? Există cred un „cum" și un „de ce" la care trebuie să ne gândim.

Cum? Cred că moartea este exclusă din teoria psihodinamică prin intermediul unui mecanism simplu: moartea este transformată în „separa-

 re", care preia rolul morții în cadrul teoriei dinamice. John Bowlby oferă, în monumentala sa lucrare despre separare[61], dovezi etologice, experimentale și observaționale convingătoare prea vaste pentru a fi tratate aici, care indică faptul că separarea de mamă este un eveniment terifiant pentru copil și că angoasa separării este vizibilă în mod clar între șase și treizeci de luni. Bowlby conchide că – și concluzia este una acceptată foarte frecvent de clinicieni – separarea reprezintă experiența primordială în formarea angoasei: angoasa separării este fundamentală în sfera angoasei, iar alte surse de angoasă, inclusiv angoasa de moarte, își dobândesc semnificația emoțională prin echivalarea cu angoasa separării. Cu alte cuvinte, moartea e de temut deoarece evocă angoasa separării.

Lucrarea lui Bowlby dispune în cea mai mare parte de o argumentație elegantă. Și totuși în această evaluare a angoasei de moarte intuiția sa se arată curios de redusă. Spre exemplu, el citează cercetările lui Jersild în care patru sute de copii au fost chestionați cu privire la fricile lor.[62] Jersild a constatat că teama de moarte sau boală erau remarcabile tocmai prin absența lor: nu au fost menționate de niciunul dintre cei două sute de copii sub nouă ani și au fost pomenite doar de șase din cei două sute de copii între nouă și doisprezece ani. Bowlby a tras concluzia pornind de la aceste date că teama de moarte e absentă în rândul copiilor sub zece ani și că este o teamă târzie și învățată, importantă deoarece este asimilată separării.[63] Investigațiile lui Jersild au scos la iveală că temerile copiilor sunt față de animale, întuneric, înălțime sau față de atacul unor ființe precum fantomele sau răpitorii. Nu este însă pusă întrebarea evidentă, anume care este semnificația pe care o capătă în ochii copiilor întunericul, fantomele, animalele fioroase sau atacul în întuneric. Cu alte cuvinte, care este *sensul* subiacent, reprezentarea mentală a acestor temeri.

Rollo May susține, în lucida sa carte asupra angoasei, că studiul lui Jersild demonstrează doar că angoasa este convertită în frică.[64] Temerile copilului sunt adesea imprevizibile, instabile și nelegate de realitate (copilul este, de pildă, mai înclinat să se teamă de animale care nu se găsesc în preajma sa, cum ar fi leii sau gorilele, decât de cele din vecinătatea sa). Ceea ce pare impredictibil la un nivel superficial, arată May, demonstrează regularitate pe un nivel mai profund: temerile copilului sunt „obiectivări ale unei angoase subiacente". May mărturisește că „Jersild a remarcat într-o conversație privată cu mine că fricile (copiilor) exprimau în

realitate angoasă. A fost surprins că nu văzuse asta înainte. Faptul că nu a făcut constatarea arată, cred, cât de greu e să ieşim din modurile tradiţionale de gândire".[65]

Cercetarea în domeniul comportamentului a pus în evidenţă multe situaţii care provocau copiilor frică. Întrebarea poate fi repetată şi în legătură cu aceste date experimentale. De ce se tem copiii de străini, de o „prăpastie vizuală" (o masă de sticlă care lasă să se vadă golul de dedesubt), de un obiect care se apropie (se mijeşte) sau de întuneric? Evident, fiecare din aceste situaţii, alături de cele care implică animale, fantome sau separare reprezintă o ameninţare la adresa supravieţuirii. Şi totuşi, cu excepţia lui Melanie Klein şi D.W. Winnicott, care subliniază că angoasa primară este cea a anihilării, a disoluţiei eului sau cea de a fi devorat[66], problema motivului pentru care copilul se teme de aceste situaţii ce periclitează viaţa este arareori investigată. Cercetătorii care se ocupă de dezvoltarea copilului şi specialiştii în psihanaliza copilului trag adesea concluzii cu un caracter extrem de judicios cu referire la viaţa interioară a copilului în materie de relaţii de obiect sau sexualitate infantilă; însă, când e vorba de concepţia copilului asupra morţii, intuiţia şi imaginaţia lor rămân imobilizate.

Temeiurile în favoarea existenţei angoasei separării sunt date de observaţii comportamentale solide. La toate speciile de mamifere, puiul separat de mamă emite semnale de pericol – atât externe, motrice, cât şi interne, psihologice. Nu e nicio îndoială, după cum demonstrează Bowlby cu abilitate, că angoasa separării e evidentă la copii de la cele mai mici vârste şi că îngrijirea faţă de separare rămâne un motiv major în universul interior al adulţilor.

Însă ceea ce cercetarea comportamentală nu poate pune în evidenţă este natura experienţei interne a copilului mic sau, după cum se exprimă Anna Freud, „reprezentarea mentală" a unei reacţii comportamentale.[67] Ea poate dezvălui ce anume declanşează răspunsul, însă nu şi care e natura temerii. Cercetarea empirică demonstrează că un copil se teme de separare, dar nu există nicio cale de a demonstra că angoasa separării este angoasa primară din care este derivată angoasa de moarte. Pe un nivel anterior gândirii şi limbajului, copilul poate avea experienţa unei angoase incipiente a nefiinţei; iar această angoasă caută să ia forma fricii atât la copil, cât şi la adult. Cei ce se ocupă cu psihologia dezvoltării se eschivează în faţa ideii

 că un copil mic – să spunem sub treizeci de luni – poate avea o angoasă a morții. Însă care e experiența copilului? Cu certitudine nu cea a separării, deoarece, fără un concept al propriei persoane, copilul nu poate concepe separarea. Până la urmă ce se separă de ce?

Există limite ale cunoașterii cu privire la o anumită experiență internă, care nu poate fi descrisă. Aici suntem amenințați de pericolul a „adultomorfiza" gândirea copilului. Trebuie să fim conștienți de faptul că termenul „angoasa de separare" este o convenție, o denumire asupra căreia s-a căzut de acord în cadrul cercetării empirice și care se referă la o stare interioară, la o formă de teamă inefabilă. Însă, din punctul de vedere al adultului, o traducere a angoasei morții (sau a „temerii de pierdere a obiectului") nu are sens, după cum nu are sens să se susțină că angoasa de moarte derivă dintr-o angoasă de separare mai „fundamentală". După cum am discutat în capitolul anterior, va trebui să distingem între două sensuri ale lui „fundamental": „bază" și „anterioritate temporală". Chiar dacă acceptăm argumentul potrivit căruia angoasa separării este cronologic prima angoasă nu înseamnă și că angoasa de moarte este „în realitate" teamă de pierdere a unui obiect. Cea mai fundamentală (de bază) angoasă provine din amenințarea aneantizării propriei persoane; iar dacă există o temere de pierdere a unui obiect, ea se datorează faptului că pierderea acelui obiect constituie o amenințare la adresa propriei supraviețuiri (sau simbolizează o astfel de amenințare).

De ce? Omiterea morții din teoria dinamică nu e în mod evident o neglijență. De asemenea, după cum am văzut, nu există temeiuri puternice pentru justificarea conversiei acestei temeri în alte concepte. La mijloc este, cred, un proces de refulare, un proces care ia naștere ca urmare a tendinței universale a omenirii (inclusiv a cercetătorilor comportamentului și a teoreticienilor) să nege moartea – să o nege atât în viața personală, cât și în cea profesională. Și alții care au studiat teama de moarte au ajuns la aceleași concluzii. Anthony remarca:

> *Ilogicitatea și insensibilitatea patentă (a cercetătorilor ce studiază dezvoltarea copilului) cu referire fenomenul fricii de moarte, pe care antropologia și istoria au arătat-o ca fiind una dintre cele mai comune și mai puternice motivații umane, poate fi pusă doar pe seama refulărilor convenționale (adică a celor induse cultural) ale acestei temeri, survenite în cazul autorilor înșiși și a celor*

care au realizat cercetările pe care le citează.[68]

Charles Wahl comenta în același spirit:

Este surprinzător și semnificativ faptul că fenomenul fricii de moarte sau angoasa ei (thanatofobia, după cum e numită), deși nu sunt rarități clinice, nu sunt descrise nicăieri în literatura psihiatrică sau psihanalitică. Sunt remarcabile prin absență. Poate aceasta sugera că psihiatrii, ca și ceilalți muritori, sunt reticenți să abordeze sau să studieze o problemă care ne este într-atât de îndeaproape și atât de grăitoare pentru caracterul trecător al condiției umane? Poate că în aceeași măsură cu pacienții, aceștia par a confirma observația lui La Rochefoucauld potrivit căruia „Nu putem privi soarele și moartea".[69]

Angoasa de moarte și dezvoltarea psihopatologiei

Dacă angoasa de moarte este un factor important în dezvoltarea psihopatologiei și dacă găsirea unui echilibru în confruntarea cu conceptul morții este o sarcină capitală în dezvoltarea oricărui copil, atunci de ce unii indivizi dezvoltă tulburări nevrotice incapacitante în vreme ce alții ajung la vârsta adultă bine structurați? Nu există nicio cercetare care să ne ajute să răspundem la această întrebare, iar, pentru moment, tot ce pot să fac este să sugerez câteva posibilități. Neîndoielnic, există mai mulți factori, care interacționează de o manieră complexă. Trebuie să existe o anumită succesiune de evenimente în cadrul dezvoltării sau anumite momente „ideale": copilul trebuie să se ocupe de aceste probleme într-un ritm adaptat resurselor sale interioare. „Prea mult, prea devreme" creează în mod evident un dezechilibru. Un copil care este confruntat brutal cu moartea înainte de a-și dezvolta mecanismele de apărare necesare poate fi expus unui stres deosebit. Stresul grav, neplăcut în orice moment al vieții, are pentru copilul mic implicații care trec dincolo de apăsarea trecătoare. Freud vorbea despre daunele disproporționate și durabile cauzate eului de traume importante suferite devreme în viață, dând aici exemplul unui experiment din biologie care a evidențiat efectele catastrofale asupra unui organism adult ale unui vârf minuscul de ac înfipt într-un embrion când își începea dezvoltarea.[70]

Ce traumă poate fi la mijloc? Există câteva posibilități. Expunerea la moartea din mediul copilului este un eveniment important; anumite genuri de contact cu moartea pot – în dozele adecvate și în sub condiția existenței unor resurse ale eului, a unor factori constituționali sănătoși și a unor adulți care oferă sprijin și sunt ei înșiși capabili să ofere un răspuns adaptativ angoasei morții – conduce la un soi de imunizare, în vreme ce alte tipuri pot excede capacitatea copilului de a se proteja. Orice copil este expus la moarte în întâlnirile sale cu insecte, flori, animale de companie sau alte animale mici, iar moartea acestora poate fi sursa unei nedumeriri sau angoase care să îl stimuleze să discute cu părinții problemele și temerile referitoare la moarte. Însă, pentru copilul confruntat cu moartea unui om, posibilitatea unei traume este mult mai mare.

După cum am discutat, mai ales moartea unui alt copil este înfricoșătoare, deoarece subminează credința consolatoare că oamenii mor foarte bătrâni. Moartea unui frate, deopotrivă tânăr și important pentru copil, este o traumă marcantă. Reacția copilului poate fi extrem de complexă, deoarece sunt implicate mai multe elemente: vinovăția generată de rivalitatea fraternă (și de plăcerea captării unei cantități suplimentare de atenție părintească), pierderea și evocarea fricii de propria moarte. Studiile de specialitate tratează cu precădere prima problemă, se ocupă ocazional cu cea de a doua, pierderea, dar mai niciodată cu a treia. De exemplu, Rosenzweig și Bray prezintă date ce indică probabilitatea mai mare ca un schizofren să-și fi pierdut un frate înainte de a împlini șase ani, în comparație cu un pacient din populația normală, dintr-un un eșantion de maniaco-depresivi sau dintr-unul format din paralitici.[71]

Rosenzweig oferă o interpretare psihanalitică standard acestui rezultat, anume că vinovăția copleșitoare produsă de rivalitatea fraternă și sentimentele incestuoase sunt factori semnificanți pentru declanșarea comportamentului schizofrenic. Pentru a-și argumenta concluzia, el oferă trei scurte rapoarte de caz (de un paragraf lungime). În pofida scurtimii rapoartelor și selecției exemplelor favorabile tezei pornind de la o cantitate enormă de material clinic, există dovezi ale temerii de propria moarte în două din cele trei cazuri prezentate. Un pacient, care își pierduse de timpuriu mama și doi frați, a reacționat puternic la moartea unui văr: „Fusese într-atât de tulburat, că s-a îmbolnăvit și a trebuit să se întindă în pat:

se temea mult că va muri. Doctorul a diagnosticat o cădere nervoasă. În curând, pacientul a început să manifeste comportamente schizofrenice bizare".[72] Un pacient și-a pierdut trei frați, pe primul dintre ei când avea șase ani. La șaptesprezece ani a dezvoltat o psihoză, puțin după moartea celui de al treilea frate. Singura declarație citată a pacientului sugerează că, în reacția sa la moarte, era mai mult decât o simplă vinovăție. „I-am auzit ocazional vocea. Câteodată, mi se pare aproape că sunt el. Nu știu, pare că un fel de vid îmi stă în cale... Ei bine, cum pot depăși un vid ca moartea sa? Fratele meu e mort, iar eu sunt viu, dar nu știu..."[73] Un astfel de gen de raport de caz extrem de selectiv nu dovedește nimic. Insist asupra acestui punct pentru a ilustra problema interpretării studiilor de specialitate. Cercetătorii și clinicienii și-au creat obișnuințe și au dificultăți în a-și schimba modalitatea de gândire, chiar atunci când o altă explicație este cu totul și cu totul plauzibilă și consistentă cu observațiile, cum e cazul aici.

Dacă vom lua în considerare, pe lângă pierderea unui frate, și pierderea unui părinte, atunci vom descoperi citind cercetările lui Rosenberg că *peste 60%* din pacienții schizofrenici au avut parte de o pierdere timpurie. Poate că trebuie să tragem concluzia că pacienții schizofrenici au avut parte de „prea mult, prea devreme". Nu doar pentru că pacienții au luat contact cu moartea, ci și pentru că, din cauza gradului înalt de morbiditate din mediul familial, familiilor și pacienților le-a fost răpită puterea de a gestiona angoasa de moarte. (După cum vom vedea în capitolul 4, Harold Searles a tras aceleași concluzii pornind de la munca psihoterapeutică desfășurată cu pacienții schizofrenici adulți.[74])

Moartea unui părinte este un eveniment catastrofal pentru copil. Reacțiile sale depind de un număr de factori: calitatea relației cu părintele, circumstanțele morții (dacă, de pildă, copilul a fost martorul unei morți naturale sau al uneia violente), atitudinea părintelui pe parcursul maladiei fatale sau existența unui părinte supraviețuitor puternic, a unei rețele sociale și a unor resurse familiale.[75] Copilul suferă o pierdere gravă și, în plus, este extrem de preocupat că fantasmele referitoare la părinte, ca și comportamentul agresiv în raport cu acesta ar fi putut contribui la deces. Rolul pierderii și al vinovăției este bine cunoscut și a fost discutat în mod expert de alții.[76] Totuși, din literatura dedicată pierderii este omisă tratarea impactului avut de moartea unui părinte asupra conștientizării de către copil a propriei

 morți. După cum am subliniat anterior, anihilarea e sursa principalei angoase a individului și, în mare, parte a celei survenite ca reacție la pierderea unei alte persoane. Maurer se exprimă corect atunci când spune că: „Pe un nivel inferior cunoașterii autentice, copilul cu narcisismul său naiv «știe» că pierderea părinților înseamnă pierderea cordonului ombilical cu viața... Teama totală pentru propria viață este mai degrabă cauza disconfortului angoasei de separare, decât atitudinea posesivă pentru un obiect pierdut al iubirii".[77]

Nu e dificil de demonstrat că pacienții psihiatrici nevrotici și psihotici și-au pierdut un părinte într-o pondere mai mare decât indivizii din populația generală.[78] Însă implicațiile morții părintelui pentru copil sunt atât de extinse, încât e imposibil ca cercetarea să descurce toate ițele și să atribuie o pondere fiecărei componente a experienței. De pildă, se știe din experimentele pe animale că puii vor dezvolta o nevroză experimentală dacă sunt separați de mamă și vor răspunde mult mai agresiv la stres decât puii ce rămân alături de mame. La oameni, prezența imediată a figurii materne diminuează angoasa provocată de evenimente nefamiliare. Prin urmare, copilul care își pierde mama este mult mai vulnerabil în fața *oricărui* stres pe care îl are de înfruntat. Copilul nu numai că e expus la angoasa ce emană din conștientizarea morții, dar, în plus, suferă excesiv de angoase care își au sursa în alte solicitări (interpersonale, sexuale, școlare) pe care nu sunt în stare să le gestioneze. Din acest motiv, copilul este predispus la o simptomatologie și la dezvoltarea unor mecanisme de apărare nevrotice care se vor adăuga unul altuia, pe măsură ce înaintează în viață. Teama de propria moarte poate fi înrădăcinată în cele mai adânci straturi, ieșind la suprafață doar arareori în coșmaruri și alte expresii ale inconștientului.

Josephine Hilgard și Martha Newman au studiat pacienții psihiatrici care și-au pierdut un părinte devreme în viață și au comunicat o descoperire intrigantă (pe care au botezat-o „reacția comemorativă"): există o corelație semnificativă între vârsta pacientului la momentul spitalizării și vârsta la care a murit părintele.[79] Cu alte cuvinte, este mult mai probabil ca vârsta la care este spitalizat pacientul să fie vârsta la care a murit părintele. De exemplu, dacă mama pacientului a murit la treizeci de ani, pacientul este în „grupa de risc" tot la treizeci de ani. În plus, copilul cel mai mare al pacientului are șanse să fie de aceeași vârstă pe

care o avusese pacientul când și-a pierdut părintele. Spre exemplu, o pacientă care avea șase ani când i-a murit mama este „în grupa de risc" psihiatrică atunci când fiica sa împlinește șase ani. Deși cercetătorii nu au ridicat problema angoasei morții, pare posibil ca moartea mamei originare să fi aruncat copilul, devenit între timp pacient, într-o confruntare cu efemerul: moartea mamei a fost semnalul că și ea trebuie să moară. Copilul și-a refulat această concluzie, împreună cu angoasa asociată, care a rămas inconștientă până în momentul în care comemorarea a aruncat lucrurile în aer, deoarece pacientul a împlinit vârsta când i-a murit părintele.

Amploarea traumei depinde într-o bună măsură de angoasa de moarte din familie. În multe culturi, copiii participă la ritualurile cu care sunt înconjurate persoanele moarte. Lor li se pot delega roluri în cadrul înmormântărilor, ca și în alte ritualuri funerare. În cultura Fore din Noua Guinee de exemplu, copiii participă la consumarea rituală a unei rude moarte. Cel mai probabil, o astfel de experiență nu e catastrofală pentru copil, deoarece adulții iau parte nemanifestând o angoasă puternică; e o parte din fluxul natural al vieții, neconștient de sine. Totuși, după cum e adesea adevărat în cazul culturii occidentale de azi, dacă părintele are o angoasă severă cu privire la chestiunea morții, atunci copilului îi este transmis mesajul că e ceva de care trebuie să îi fie foarte frică. Comunicarea parentală se poate dovedi importantă mai ales în cazul copiilor care suferă de o maladie fizică gravă. Așa cum spun Marian Breckenridge și E. Lee Vincent: „Copiii simt angoasa părinților pentru sfârșitul lor și, ca atare, tind să fie împovărați de o neliniște vagă pe care copiii sănătoși nu o au".[80]

Educația copiilor cu privire la moarte

Mulți părinți, probabil majoritatea celor din cultura noastră, recurg la o procedură progresivă de educare cu privire la moarte. Copiii mici sunt protejați de moarte; sunt în mod intenționat dezinformați; negarea este sădită devreme în viață, împreună cu poveștile despre ceruri, întoarcerea morților sau cu asigurarea că un copil nu poate muri. Mai târziu, când copilul e „pregătit", părinții sporesc gradual doza de realitate. Ocazional, părinții mai luminați iau o poziție deliberată împotriva autoamăgirii și refuză să își învețe copiii să nege realitatea. Totuși, în

fața fricii și angoasei copilului le vine greu să se abțină de la a oferi consolări prin intermediul unor asigurări ce neagă realitatea – fie printr-o negare a mortalității pur și simplu, fie printr-un mit al plecării către viața de apoi.

Elisabeth Kübler-Ross este vehementă împotriva practicii religioase tradiționale, care îndoctrinează copiii cu „basme" despre ceruri, Dumnezeu și îngeri. Și totuși, atunci când își descrie travaliul cu copiii preocupați de moarte, fie de moartea proprie, fie de cea a părinților, devine evident că și ea oferă consolări bazate pe negare. Ea își informează copiii că, la momentul morții, persoana este transformată sau eliberată „ca un fluture" într-un viitor confortabil și atractiv.[81] Deși Kübler-Ross insistă că nu e vorba de negare, ci de realitate, așa cum reiese ea din cercetările științifice obiective bazate pe experiențe legate de viața de apoi, datele empirice sunt încă nepublicate. Poziția actuală a acestei psihanaliste remarcabile, care, cândva, aborda moartea fără ezitări, arată cât de dificil este să privești la moarte fără autoamăgiri. În măsura în care putem formula o judecată, „datele obiective" ale lui Kübler-Ross nu diferă de o manieră semnificativă de „cunoașterea" prin credință din religia tradițională.

În cultura occidentală, există linii directoare pentru educație în domenii precum dezvoltarea fizică, dobândirea informației, aptitudinile sociale și dezvoltarea psihologică; însă, când vine vorba de educația cu privire la moarte, părinții trebuie să se descurce singuri. Multe alte culturi oferă un număr de mituri despre moarte cauționate de societate, care sunt transmise fără ambivalență și angoasă copiilor. Cultura noastră nu oferă nicio sugestie părinților, în pofida universalității acestei teme și importanței sale cruciale pentru dezvoltarea copilului. Adesea, copilului i se oferă informații obscure, amestecate cu angoasa părinților și care vor fi probabil contrazise de alte surse de informație din mediu.

Există un dezacord pronunțat printre specialiștii în pedagogie în ceea ce privește educația referitoare la moarte. Anthony recomandă ca părinții să nege realitatea în fața copilului. Ea îl citează pe Sandor Ferenczi, care spunea că „negarea realității constituie o fază de tranziție între ignorarea și acceptarea realității", și sugerează că eșecul părinților în a oferi ajutor negării infantile poate conduce la „o nevroză în care asocierile legate de moarte pot avea un anumit rol".[82] Anthony continuă:

Argumentele în favoarea acceptării asistate a realității sunt puternice. Cu toate acestea, contextul generează pericole. Cunoașterea că negarea ușurează acceptarea poate face sarcina părintelui mai ușoară. El se poate aștepta ca, după ce nevoia de negare a copilului a trecut, acesta să simtă că nu poate pune bază în el, pentru că a fost mințit. În eventualitatea unei acuzații directe, există întotdeauna posibilitatea răspunsului că „atunci nu puteai înțelege".[83]

Pe de altă parte, mulți pedagogi acceptă opinia lui Jerome Bruner, potrivit căreia, „din punct de vedere intelectual, orice subiect poate fi explicat onest oricărui copil, la orice stadiu al dezvoltării"[84]. Tot ea îi încurajează pe părinți să-i ajute pe cei mici să acceadă gradat și realist la conceptul morții. Eufemismele („adormit", „plecat în ceruri", „cu drepții") sunt „baricade extrem de fragile, ridicate împotriva temerilor față de moarte, care doar produc uimire copilului".[85] Ignorarea problemei îi duce pe părinți într-un paradis al nebunilor: copiii nu ignoră chestiunea și, la fel ca în cazul sexului, găsesc alte surse de informație, care sunt adesea nefiabile și chiar mai înfricoșătoare sau mai bizare ca realitatea.

Rezumând, putem spune că există dovezi convingătoare că moartea este descoperită de copii la o vârstă fragedă, că ei înțeleg că viața se va termina cândva, că aplică propriei persoane această cunoaștere și că rezultatul descoperirii este o angoasă puternică. O sarcină importantă în cadrul dezvoltării constă în gestionarea angoasei, lucru pe care copilul îl realizează în principal pe două căi: alterând intolerabila realitate obiectivă a morții și experiența interioară. Copilul neagă inevitabilitatea morții. El își creează mituri ale nemuririi sau adoptă bucuros miturile oferite de cei mai în vârstă. În fața morții, copilul își neagă totodată propria neajutorare, alterându-și realitatea internă: copilul crede atât în caracterul său special, în propria omnipotență și invulnerabilitate, dar și în existența unor forțe externe personale care îi vor oferi salvarea de o soartă care îi paște pe alții.

Rochlin spune că „remarcabil nu e că un copil dobândește opinii adulte despre sfârșit, ci cât de tenace țin adulții toată viața la opiniile copilăriei și cât de predispuși sunt să se întoarcă la ele".[86] Din acest motiv, morții nu sunt morți; sunt în repaus, dormitează în grădini ascultând o muzică eternă, se bucură de o viață de apoi unde sunt reuniți cu cei dragi. Și, in-

diferent de ce se întâmplă altora, moartea este negată de adulţi în ceea ce priveşte propria persoană. Mecanismele negării sunt încorporate în propriul stil de viaţă şi în propria structură de caracter. Ca şi în copilărie, sarcina individului ajuns la vârsta adultă este de a deveni capabil de un răspuns; iar studiul psihopatologiei, asupra căruia mă voi apleca imediat, este studiul răspunsurilor eşuate date morţii.

Moartea și psihopatologia

Tipurile de tablouri clinice cu care se prezintă pacienții, spectrul psihopatologiei este suficient de vast pentru ca un clinician să aibă nevoie de un principiu de organizare care să îi permită să grupeze simptomele, comportamentele și tipurile de caracter în categorii coerente. În măsura în care clinicienii pot aplica o paradigmă psihopatologică structurantă, vor fi eliberați de angoasa începuturilor. Ei dezvoltă un sentiment de recunoaștere sau familiaritate, precum și un sentiment al dominării, care mai departe induce pacienților încredere și speranță – precondiții ale unei relații terapeutice autentice.

Paradigma pe care o voi descrie în acest capitol se bazează, ca majoritatea paradigmelor psihopatologice, pe presupunerea că psihopatologicul este o modalitate neelegantă, ineficientă de a face față angoasei. Paradigmele existențiale presupun că angoasa emană din confruntarea individuală cu grijile fundamentale ale existenței. În acest capitol, voi prezenta un model psihopatologic care are ca element central lupta individuală cu angoasa de moarte. În capitolele următoare, voi furniza o serie de modele aplicabile pacienților a căror angoasă este legată mai degrabă de alte griji fundamentale – libertatea, singurătatea și lipsa de sens. Deși din rațiuni expozitive va trebui să discut toate aceste griji separat, ele vor trebui recombinate împreună într-un model psihopatologic existențial unitar.

Toți indivizii se confruntă cu angoasa de moarte; majoritatea dezvoltă modalități de coping, grație suprimării, refulării, deplasării, credinței în propria omnipotență, adoptării unor credințe religioase acceptate social ce „îmblânzesc" moartea sau datorită eforturilor personale de a depăși moartea printr-o largă varietate de stratageme țintind spre nemurirea simbolică.

Individul care sfârşeşte prin a deveni „pacient" e unul în cazul căruia, din cauza stresului extraordinar sau inadecvării strategiilor de apărare, mijloacele universale de luptă împotriva fricii de moarte s-au dovedit insuficiente, acesta fiind silit să adopte modalităţi extreme de apărare. Aceste manevre defensive, adesea strategii neîndemânatice de a reacţiona în faţa angoasei, ne vor oferi tabloul clinic despre care vom vorbi.

Psihopatologia este, prin definiţie, un mod *ineficace* de apărare (potrivit oricărui sistem). Chiar şi manevrele defensive care ne protejează de angoasa severă împiedică dezvoltarea şi conduc la o viaţă mutilată şi nesatisfăcătoare. Mulţi teoreticieni existenţialişti au vorbit despre preţul ridicat plătit în lupta cu angoasa de moarte: Kierkegaard ştia că omul se autolimitează şi se minimalizează pentru a evita perceperea „terorii, pierderii şi anihilării care sălăşluiesc cu orice om".[1] Otto Rank descria nevroticul drept persoana care „refuză împrumutul (viaţa) pentru a evita plata datoriei (moartea)."[2] Paul Tillich spunea că „nevroza este calea de a evita ne-fiinţa prin evitarea fiinţei".[3] Ernest Becker a susţinut ceva similar atunci când a scris: „Ironia condiţiei umane e că nevoia cea mai profundă este cea de eliberare de angoasa de moarte şi a anihilării; însă chiar viaţa e cea care îi dă naştere, aşa că va trebui să ne diminuăm existenţa chiar cât trăim".[4] Robert Jay Lifton folosea termenul de „amorţire psihică" pentru a descrie modul în care individul nevrotic se protejează de angoasa de moarte.[5]

Angoasa de moarte, în stare pură, va fi greu de găsit în paradigma psihopatologică pe care o voi oferi. Însă aceasta nu trebuie să ne surprindă: angoasa primară în formă pură este arareori vizibilă, şi asta potrivit oricărui sistem teoretic. Structurile defensive nu îşi au oare ca scop chiar disimularea interioară? Natura nucleului conflictului dinamic este ascunsă prin refulare ca şi prin alte tactici de reducere a suferinţei. E posibil chiar ca nucleul conflictual să fie atât de adânc îngropat, încât să putem deduce în ce constă doar după o analiză laborioasă a acestor tactici, dar să nu-l putem cunoaşte niciodată în întregime.

Să luăm un exemplu: un individ se poate apăra de angoasa de moarte inerentă individuării menţinând o relaţie de simbioză cu propria mamă. Strategia defensivă poate avea un succes vremelnic, însă, pe măsură ce timpul trece, ea poate deveni la rândul său sursa de angoasă secundară; de pildă, reticenţa în a se separa de mamă poate interfera cu frecventarea şcolii sau cu dezvoltarea aptitudinilor sociale; iar aceste deficienţe pot genera

o angoasă socială și un dispreț față de propria persoană care, mai departe, poate da naștere altor mecanisme de apărare care diminuează suferința, dar întârzie dezvoltarea și, din acest motiv, produc noi straturi de angoasă și apărare. În curând, nucleul conflictual este adânc îngropat de aceste epifenomene, iar căutarea angoasei primare devine extrem de dificilă. Angoasa de moarte nu e imediat vizibilă pentru clinician: ea e descoperită prin intermediul studiului viselor, al fantasmelor, al discursului psihotic ori de-a lungul unei analize dificile a instalării simptomelor nevrotice. De exemplu, Lewis Loesser și Thea Bry[6] susțin că primele atacuri de panică, analizate atent, se dovedesc invariabil caracterizate de o erupție a angoasei morții. Înțelegerea atacurilor ulterioare se lovește de intervenția elaborărilor, a substituirilor și a deplasărilor.

Formele derivate, secundare ale angoasei reprezintă totuși o angoasă la fel de „reală". Un individ poate fi copleșit de o fobie socială sau de un dispreț de sine omniprezent; și după cum vom vedea în următorul capitol, eforturile terapeutice sunt direcționate mai degrabă împotriva angoaselor derivate, și nu a celei primare. Indiferent de sistemul de opinii cu privire la sursa primară a angoasei și la geneza psihopatologiei, psihoterapeutul începe cura la nivelul grijilor pacientului: de exemplu, terapeutul poate asista pacientul oferindu-i sprijin, susținând mecanisme de apărare care conduc la adaptare sau dând o mână de ajutor în corectarea modurilor distructive de interacțiune cu alții. De aceea, în tratamentul multor pacienți, paradigma psihologică existențială nu necesită o renunțare la strategiile și tehnicile terapeutice tradiționale.

Angoasa de moarte: o paradigmă psihopatologică

În capitolul anterior, am menționat câteva din elementele care constituie ceea ce cred a fi o paradigmă clinică cu valoare practică și euristică semnificativă. Răspunsul copilului care ia act de moarte se bazează pe negare, iar cele două mari bastioane ale sistemului de negare sunt credințele arhaice că propria persoană e fie inviolabilă, fie e chiar etern protejată de un salvator suprem. Aceste două credințe posedă o forță aparte, deoarece sunt consolidate prin aportul a două surse: circumstanțele primilor ani ai vieții la care se adaugă miturile nemuririi și ale unei divinități personale ce veghează, extrem de răspândite și aprobate de societate.

Expresiile clinice ale acestor două mecanisme de apărare fundamentale mi-au devenit deosebit de clare în ziua în care am văzut doi pacienți, pe care îi voi numi Mike și Sam, în două ședințe programate la ore succesive. Ei mi-au oferit posibilitatea studierii a două moduri de negare a morții în condiții cu totul remarcabile; contrastul între cei doi este izbitor și, deoarece întruchipează câte o posibilitate opusă, fiecare aruncă lumină asupra dinamicilor celuilalt.

Mike, care avea douăzeci și cinci de ani, mi-a fost trimis de un oncolog și suferea de un limfom extrem de agresiv. Deși singura sa șansă era o nouă formă de chimioterapie, Mike refuza să coopereze. L-am văzut o singură dată (iar el a întârziat cincisprezece minute), dar era deja evident că individuarea era cea care îi călăuzea viața. Se luptase de timpuriu împotriva oricărei forme de control, dezvoltând aptitudini remarcabile în materie de autosuficiență. De la doisprezece ani, se întreținea singur, iar la cincisprezece părăsise deja casa părinților. După liceu, devenise antreprenor în construcții și foarte repede a ajuns să cunoască toate secretele profesiei – tâmplărie, electricitate, instalații, zidărie. A construit câteva case, le-a vândut cu un profit substanțial, și-a cumpărat o ambarcațiune, s-a căsătorit și a navigat cu soția în jurul lumii. Era atras de cultura autonomiei și individualismului pe care o găsise într-o țară subdezvoltată unde se pregătea să emigreze când, cu patru luni înainte de ședința noastră, a fost diagnosticat cu cancer.

Cea mai uluitoare caracteristică a interviului a fost atitudinea irațională a lui Mike față de chimioterapie. E cât se poate de adevărat că tratamentul era extrem de neplăcut, provocând greață și vomismente, dar teama lui Mike trecea peste orice limite ale raționalității: nu putuse dormi în noaptea de dinaintea tratamentului; a dezvoltat o angoasă severă și era obsedat de modul prin care putea să evite tratamentul. De ce Mike se temea totuși de tratament? Nu putea să zică, dar știa că era ceva legat de imobilizare și neajutorare. Nu putea să suporte imaginea oncologului care îi pregătea injecția. (Injecția nu putea să fie pregătită de dinainte, deoarece dozajul depindea de analizele sanguine, care trebuiau citite înainte de fiecare administrare.) Totuși, cea mai teribilă parte era administrarea intravenoasă: detesta penetrarea acului, palpările, vederea picăturilor care îi intră în corp. Ura să fie neajutorat și imobilizat, să stea liniștit pe pat și să își țină brațul nemișcat. Deși lui Mike nu îi era în mod conștient frică de moarte, teama sa de terapie con-

stituia o deplasare evidentă a angoasei morții. Lucrul cu adevărat înfricoșător pentru Mike era să fie dependent și static: echivalentă a morții, o astfel de stare îl trimitea în brațele terorii; o surmontase cea mai mare parte a vieții perfecționându-și autosuficiența. Credea cu tărie în propriul statut special și în propria invulnerabilitate și, până a se îmbolnăvi de cancer, își construise o viață care îi întărea convingerea.

Singurul lucru pe care l-am putut face pentru Mike a fost să îi sugerez oncologului să îl lase să își dozeze singur tratamentul intravenos. Aceste sugestii au fost de ajutor, iar Mike și-a terminat tratamentul. Nu a venit la următoarea întâlnire cu mine, dar m-a sunat să îmi ceară o casetă de „self-help" care să îl ajute să își relaxeze musculatura. A ales să nu rămână pentru a fi monitorizat din punct de vedere oncologic, punându-și în practică planurile de emigrare. Soția sa nu a fost deloc de acord cu planul, așa că a refuzat să emigreze, iar Mike s-a suit pe ambarcațiune și a plecat singur.

Sam avea cam aceeași vârstă cu Mike, dar aici se oprește orice asemănare între cei doi. A venit să mă consulte *in extremis*, ca urmare a deciziei soției de a-l părăsi. Deși nu se confrunta literalmente cu moartea ca Mike, situația lui Sam era similară în plan simbolic. Comportamentul său sugera că supraviețuirea îi era grav amenințată: era angoasat până la panică, se văita ore în șir, nu putea să mănânce și să doarmă și își dorea sfârșitul cu orice preț, gândindu-se serios la sinucidere. Pe măsură ce săptămânile treceau, reacția catastrofică a lui Sam s-a domolit, dar disconfortul a continuat. Se gândea la soție permanent. După cum a declarat, nu „trăia în viață", ci alunecase în afara ei. „Omorârea timpului" devenise o chestiune serioasă: cuvintele încrucișate, televizorul, ziarele, revistele erau privite în adevărata lor natură, ca mijloace de umplere a golului, de a petrece timpul cu cât mai puțină durere.

Structura de caracter a lui Sam poate fi înțeleasă pornind de la motivul „fuziunii", motiv dramatic opus „individuării" lui Mike. În timpul celui de al Doilea Război Mondial, cât fusese foarte mic, familia lui Sam se mutase de mai multe ori pentru a scăpa de pericol. Suferise multe pierderi, inclusiv moartea tatălui în preadolescență și a mamei câțiva ani mai târziu. A rezolvat situațiile formând legături apropiate, strânse: prima dată cu mama, iar mai apoi cu o serie de rude de sânge sau prin adopție. Era în permanență mâna de ajutor a cuiva și un babysitter permanent. Făcea

 daruri încontinuu, alocând resurse importante de timp și bani unui număr mare de adulți. Nimic nu era mai important pentru Sam decât să fie iubit și să i se poarte de grijă. După ce soția l-a părăsit, a realizat chiar că simțea că există doar câtă vreme e iubit: singurătatea îl paraliza într-o stare de moarte aparentă, asemenea unui animal speriat – nici viu, nici mort. La un moment dat, când discutam despre durerea provocată de plecarea soției, Sam a declarat: „Când sunt singur acasă, cel mai dificil e să mă gândesc la faptul că nimeni nu știe dacă sunt viu." Atunci când era singur, abia mai mânca sau își mai satisfăcea nevoile cele mai elementare. Nu făcea curățenie, nu se spăla, nu citea; deși era un artist de talent, nu picta. După cum spunea, nu avea niciun rost „să cheltuie energie decât dacă există garanția că îi va fi înapoiată de un altul". Nu exista decât dacă în preajma sa se găsea cineva care să îi valideze existența. Când era singur, Sam se transforma într-un spor ațipit până când o altă persoană îi furniza o energie care să îi insufle viață.

Când i-a fost greu, Sam a căutat ajutor pe lângă persoanele mai în vârstă din viața sa: a zburat dintr-o parte în alta a țării pentru a căpăta consolarea pe care o putea primi timp de câteva ore în casa rudelor sale adoptive; s-a simțit sprijinit doar prin faptul că a stat în fața casei unde a trăit cândva cu mama sa timp de patru ani; plătea facturi telefonice astronomice datorate cererilor de încurajare și de sfaturi; de asemenea, a fost sprijinit și de socrii săi, care, datorită devotamentului arătat de Sam pentru ei, l-au crezut (și l-au iubit) mai degrabă pe Sam decât pe fiica lor. Eforturile lui Sam de a se ajuta în criza sa au fost considerabile, dar monotematice: a căutat diverse confirmări că există figuri protectoare care veghează asupra sa și că le pasă de el.

Deși extrem de singur, Sam nu dorea să facă nimic pentru a-și ameliora situația. I-am oferit câteva sugestii cum să-și găsească prieteni: petreceri pentru necăsătoriți, activități sociale organizate de biserică, evenimente ale Sierra Club, cursuri pentru adulți și așa mai departe. Sfatul, spre mirarea mea, nu a fost deloc urmat. Treptat, am înțeles și de ce: pentru Sam nu era important ca, în pofida singurătății, să fie alături de alții, ci să își confirme credința într-un salvator ultim. Era cât se poate de direct în reticența sa de a ieși din casă pentru a se duce la reuniuni ale burlacilor sau la întâlniri amoroase. Motivul? Îi era frică să nu rateze un telefon! Un telefon de „undeva" era infinit mai prețios ca angrenarea în activități so-

ciale. Însă mai presus de toate, Sam dorea să fie „găsit", să fie protejat, să fie salvat *fără* a trebui să ceară ajutor și fără a contribui la propria salvare. În realitate, la un nivel profund, era mai degrabă deranjat de reușitele în a-și asuma responsabilitatea și de a se extrage din propria nefericire. L-am văzut pe Sam timp de patru luni. Pe măsură ce devenea mai relaxat (grație ajutorului meu și „fuziunii" cu o femeie nouă), și-a pierdut vizibil motivația pentru travaliul psihoterapeutic și am căzut de acord că era cazul să încheiem.

Două mecanisme fundamentale de apărare împotriva morții

Care e lecția lui Mike și a lui Sam? Vedem clar două moduri total diferite de a lupta împotriva angoasei. Mike avea credința adâncă în propriul statut special și în inviolabilitatea personală; Sam și-a pus credința în existența unui salvator final. Sentimentul de autosuficiență a lui Mike era hipertrofiat, în vreme ce Sam nu putea exista de unul singur, ci se chinuia să fuzioneze cu un altul. Cele două moduri sunt diametral opuse; nu sunt incompatibile, ci constituie o dialectică utilă care îi permite clinicianului să înțeleagă o varietate de situații clinice.

I-am întâlnit pe Mike și Sam în momente în care aceștia erau la ananghie. Pentru niciunul criza nu a generat noi mecanisme de apărare; ea a subliniat cât se poate de clar natura și limitările felului în care își duceau viața. Cantonarea în individuare sau fuziune conduce la rigiditate de caracter, care este în mod evident dezadaptativă. Mike și Sam exemplifică stiluri extreme, care sporesc stresul, împiedică gestionarea problemelor și întârzie maturizarea. Mike a refuzat să participe la un tratament care să îi salveze viața și mai apoi să fie monitorizat. Dorința intensă a lui Sam de a acapara atenția soției a fost cauza deciziei acesteia de a-l părăsi; înclinația sa pentru fuziune a condus la o creștere a suferinței singurătății și la o inabilitate de a mobiliza resurse și de a face față noii situații apărute în viața sa. Nici Mike, nici Sam nu au fost capabili să se maturizeze în vreun fel în urma crizelor prin care au trecut. Comportamentul dezadaptativ și rigid care împiedică dezvoltarea personală este, prin definiție, unul nevrotic.

De o manieră brută și sinuoasă, cele două mecanisme de apărare dau naștere unei dialectici; sunt două moduri de a aborda condiția umană. Fi-

 inţa omenească fie fuzionează, fie se separă – se integrează sau se desprinde. Ea îşi afirmă autonomia „desprinzându-se de natură" (cum spunea Rank)[7] sau caută siguranţă fuzionând cu o altă forţă. Fie devine propriul tată, fie rămâne fiul etern. Este cu siguranţă ceea ce Fromm voia să spună când a descris omul ca animat de „dorinţa de supunere şi setea de putere".[8]

Dialectica existenţială oferă o paradigmă care îi permite clinicianului să „surprindă" situaţia. Există mai multe paradigme alternative, fiecare cu propria putere explicativă: Mike şi Sam aveau tulburări de caracter – schizoid, respectiv pasiv-dependent. Mike poate fi privit din punctul de vedere oferit de rebeliunea faţă de părinţi, de contradependenţă, de perpetuarea nevrotică a conflictului oedipian sau a panicii homosexuale. Sam poate fi înţeles prin intermediul punctului de vedere oferit de identificarea cu mama şi a doliului nerezolvat, al angoasei de castrare sau al dinamicii familiale, în cadrul căreia clinicianul îşi îndreaptă atenţia asupra interacţiunilor lui Sam cu soţia sa.

Abordarea existenţială este prin urmare o paradigmă printre multe altele, iar raţiunea sa de a fi e utilitatea clinică. Această dialectică permite terapeutului să înţeleagă date adesea trecute cu vederea în activitatea clinică. Terapeutul poate, de pildă, să înţeleagă de ce Mike şi Sam au răspuns atât de energic şi specific la situaţiile în care se găseau sau de ce Sam se împotrivea posibilităţii de a-şi „ameliora" situaţia prin asumarea responsabilităţii. Această dialectică permite terapeutului să interacţioneze cu pacientul pe cele mai adânci niveluri. Ea e bazată pe înţelegerea angoasei primare din prezentul imediat: terapeutul consideră simptomele pacientului drept răspunsuri la angoasa de moarte ce ameninţă în prezent, şi nu ca un răspuns la evocarea traumelor şi injoncţiunilor trecute. Prin urmare, abordarea subliniază conştientizarea, imediatitatea şi alegerea – un accent care suplimentează instrumentarul terapeutului.

Voi descrie în continuare cele două modalităţi de bază în care moartea este negată şi tipurile de psihoterapie care rezultă din ele. (Deşi multe din sindroamele clinice familiare pot fi privite şi înţelese în termenii acestor negări fundamentale ale morţii, nu am pretenţia unui sistem de clasificare exhaustiv – acesta ar necesita o precizie şi o acoperire mai mari decât îmi stă la îndemână.) Ambele credinţe, cea în statutul special şi cea într-un salvator suprem, pot fi foarte utile în eforturile de adaptare. Totuşi, fiecare dintre ele pot fi supraexploatate şi suprasolicitate, până în punctul în

care adaptarea se fracturează, angoasa își face intrarea în scenă, individul recurge la măsuri extreme de protecție, iar psihopatologia apare fie sub forma cedării mecanismelor de apărare, fie a evadării defensive.

Pentru claritate, voi discuta fiecare apărare separat. Mai apoi le voi integra, deoarece sunt interdependente: marea majoritate a indivizilor prezintă urme ale ambelor mecanisme de apărare în trama caracterului.

Statutul special

Nimeni nu a descris profunda credință irațională în propriul statut special mai puternic și mai pătrunzător ca Tolstoi, care afirmă prin gura lui Ivan Ilici:

> *În adâncul sufletului, el simțea că moare și nu numai că nu se putea obișnui cu acest gând, dar nici nu-l înțelegea, și nici nu era în stare să-l înțeleagă.*
>
> *Exemplul de silogism pe care îl învățase din cartea de logică a lui Kiezewetter: Caius este om, oamenii sunt muritori, deci Caius este muritor – i se păruse toată viața valabil numai în ceea ce-l privea pe Caius, dar nu și în ceea ce-l privea pe el. Acela era Caius, un om în general, și raționamentul era cu totul just; dar el nu era nici Caius, niciun om în general; el a fost întotdeauna o ființă deosebită, cu totul deosebită față de alții; el a fost Vania, cu maman, cu papa, cu Mitia și cu Volodia, cu jucăriile, cu vizitiul, cu doica; apoi cu Catenca, cu tot entuziasmul, toate bucuriile și tristețile copilăriei, ale adolescenței și ale tinereții. A simțit oare Caius acel miros al mingii vărgate de piele, care i-a plăcut atât de mult lui Vania? Oare Caius a sărutat el așa mâna mamei și a auzit oare foșnind rochia ei de mătase în falduri? Oare Caius făcea gălăgie pentru piroști la Școala de drept? A iubit oare Caius așa cum a iubit el? Era în stare Caius să conducă o ședință ca el? Într-adevăr, Caius e muritor și se cuvine să moară, dar eu, Vania, Ivan Ilici, cu sentimentele, cu gândurile mele – eu sunt cu totul altceva. Și e cu neputință să trebuiască și eu să mor. Ar fi prea groaznic.*[9]

Știm cu toții că limitele fundamentale ale existenței sunt identice pentru toată lumea. La nivel conștient, nimeni nu neagă acest lucru. Și totuși, în adâncuri, fiecare dintre noi crede ca și Ivan Ilici că regula mortalității se aplică altora, dar nu și propriei persoane. Ocazional, când

această credință își face apariția în conștiință, suntem prinși pe nepregătite și rămânem surprinși de iraționalitatea de care dăm dovadă. Spre exemplu, am trecut pe la opticianul meu recent pentru că ochelarii nu își mai îndeplineau misiunea ca înainte. M-a examinat și m-a întrebat ce vârstă am. „Patruzeci și opt", am răspuns, la care el a replicat: „Mda, în grafic". De undeva, din adâncul meu, a țâșnit un gând care mi-a șoptit: „Ce grafic? *Cine*-i în grafic? Tu și restul lumii putea fi în grafic, dar nu eu, bineînțeles".

Când individul află că este grav bolnav – de pildă, de cancer –, prima reacție e de negare. Negarea este un efort de a face față angoasei datorate amenințării la adresa vieții prin recursul la credința adânc înrădăcinată în propria inviolabilitate. O cantitate importantă de travaliu psihologic se cheltuie pentru restructurarea universului de presupoziții de o viață. Din momentul în care mecanismele de apărare sunt subminate, din momentul în care individul își spune limpede „Dumnezeule, chiar o să mor?" și realizează că viața îl va trata și pe el la fel de nemilos ca și pe alții, el se simte pierdut și, într-un mod ciudat, trădat.

În munca mea cu bolnavi de cancer în fază terminală, am observat că indivizii variază mult în ceea ce privește disponibilitatea de a primi informații despre propria moarte. Mulți pacienți nu sunt capabili să își audă medicul comunicându-le prognoza. Pentru accesul la astfel de cunoștințe e nevoie de o restructurare interioară de proporții. Unii pacienți își dau seama de propria moarte și înfruntă angoasa de moarte sincopat – un scurt moment de luciditate, o scurtă teroare, negare, elaborare interioară și, mai apoi pregătirea pentru noi informații. Pentru alții conștientizarea morții și angoasa ce-o însoțește se transformă într-o teribilă răbufnire.

Una dintre pacientele mele, Pam, o femeie de douăzeci și opt de ani care suferea de cancer cervical, a avut propriul mit al statutului special distrus de o manieră impresionantă. După o laparotomie exploratorie, chirurgul a vizitat-o și a informat-o că starea sa era realmente gravă, iar speranța sa de viață era de circa șase luni. O oră mai târziu, Pam a fost vizitată de o echipă de radioterapeuți care nu comunicaseră cu chirurgul și care planificau să o iradieze „ca să se vindece". A ales să îi creadă pe ultimii, însă, din nefericire, fără ca ea să afle, chirurgul a vorbit cu părinții săi aflați în sala de așteptare cărora le-a transmis mesajul originar, anume că mai avea șase luni de trăit.

Pam și-a petrecut următoarele câteva luni în convalescență la domiciliul părinților, în cel mai ireal mediu. Părinții o tratau ca și cum va muri în șase luni. Se izolaseră de lume împreună cu ea; îi monitorizau convorbirile telefonice pentru a o feri de conversațiile ce puteau să o tulbure; pe scurt, încercau să îi asigure „liniștea". Într-un final, Pam și-a înfruntat părinții, întrebându-i în numele lui Dumnezeu ce se întâmplă. Părinții i-au spus despre conversația cu chirurgul, iar neînțelegerea a fost repede risipită.

Pam a fost totuși puternic zguduită de experiență. Confruntarea cu părinții a făcut-o să realizeze, de o manieră pe care condamnarea la moarte venită din gura unui chirurg nu o putea face, că se îndrepta spre moarte. Comentariile sale din acea perioadă sunt revelatoare:

> *„Părea că mă vindec și situația era mai veselă, dar au început să mă trateze ca și cum nu aș mai supraviețui, iar eu am fost săgetată de sentimentul teribil pe care îl ai când realizezi că* deja au acceptat moartea mea. *Din cauza unei erori de comunicare* eram deja moartă *pentru familia mea, și am început să fiu moartă, motiv pentru care îmi era foarte greu să îmi recapăt vitalitatea. A devenit mai greu ulterior, când îmi era mai bine decât atunci când eram foarte bolnavă, deoarece când, brusc, familia a realizat că starea mea se ameliorează s-a întors la corvezile de zi cu zi, iar eu am fost lăsată în starea mea de moarte, pe care nu o puteam controla foarte bine. Încă mi-e frică și încă încerc să depășesc granița ce pare a-mi sta în față – limita între viață și moarte."*

Lucrul important e că Pam a înțeles ce înseamnă să mori nu din ceea ce i-au spus doctorii, ci din revelația strivitoare că părinții săi vor continua să trăiască fără ea și lumea va continua să se învârtă ca întotdeauna sau, în cuvintele ei, că vremurile bune vor continua fără ea.

O altă pacientă cu un cancer metastatic avansat ajunsese la aceleași concluzii, scriind copiilor cum să împartă anumite bunuri personale cu valoare sentimentală. Își dusese la îndeplinire datoriile administrative impuse de moarte destul de mecanic – scrisese un testament, cumpărase un loc de veci, desemnase un executor – însă scrisoarea sa către copii a fost cea care a făcut din moarte o realitate pentru ea. A fost revelația simplă, dar înfricoșătoare că, atunci când copii îi vor citi scrisoarea, ea nu va mai exista: nici să le răspundă, nici să le observe reacțiile sau să îi călăuzească; ei vor fi, dar ea nu va mai fi nimic.

O altă pacientă, după luni de amânare, a ajuns la concluzia dureroasă că trebuie să spună fiilor săi aflați la vârsta adolescenței că suferă de un cancer avansat și nu mai are mult de trăit. Copiii i-au răspuns cu tristețe, dar cu mult curaj și încredere în propriile puteri. Pentru ea a fost puțin cam mult curaj și încredere în sine; într-un anumit cotlon al minții era mândră – făcuse ceea ce orice părinte bun trebuie, iar copiii își vor construi viața după tiparele oferite de ea – însă primiseră moartea sa mult prea ușor; și, deși își ura iraționalitatea, era tulburată, deoarece vor supraviețui și vor prospera fără ea.

O altă pacientă, Jan, avea un cancer la sân care se răspândise la creier. Doctorii o avertizaseră că va paraliza. Le auzise cuvintele, dar, la un nivel mai adânc, se simțea arogant de imună la această posibilitate. Când inevitabila scădere a puterilor și paralizia s-au instalat, Jan și-a dat brusc seama ce mit reprezintă statutul său „special". A aflat că nu există „clauze asiguratorii". Sunt lucruri pe care le-a comunicat în cadrul unei întâlniri terapeutice de grup, unde a adăugat că descoperise un adevăr important în ultima săptămână, unul care făcea să i se clatine pământul sub picioare. Se gândise la care ar fi fost lungimea optimă a vieții sale – șaptezeci ar fi fost cam ce trebuie, la optzeci s-ar putea să fie mult prea bătrână –, dar a realizat că „în materie de îmbătrânire și moarte, *doream să nu am nimic de a face cu ea.*"

Probabil că aceste exemple clinice încep să transmită ceva despre diferența între a ști și a ști cu adevărat, între conștientizarea cotidiană a morții pe care o avem cu toții și confruntarea frontală cu „moartea mea". Acceptarea morții personale înseamnă confruntarea cu un număr de alte adevăruri greu de înghițit, fiecare având-și propriul câmp de forțe angoasante: finitudinea, sfârșitul real al vieții, existența independentă a lumii, că ești chiar un om oarecare, că universul nu-ți recunoaște statutul special, că toată viața am trăit din iluzii și, în fine, că anumite dimensiuni dezolant de imuabile ale existenței sunt în afara puterilor noastre. Ceea ce vrem de fapt e „să nu avem nimic de-a face cu ea".

Când individul ajunge să descopere că propriul statut special e doar un mit, se simte trădat și mânios pe viață. Desigur, tocmai acest sentiment al trădării este ceea ce a avut Robert Frost în minte când a scris: „Iartă-mi, Doamne, micile glume pe seama ta/ Și-ți voi ierta marea ta glumă pe seama mea".[10]

Mulți oameni au senzația că dacă ar fi știut, doar dacă ar fi știut ceva mai devreme, și-ar fi trăit viața în mod diferit. Sunt mânioși; și totuși furia este neputincioasă, deoarece nu urmărește ceva rezonabil. (Se întâmplă adesea ca medicul să devină țintă pentru furia deplasată, în special a multor pacienți aflați pe moarte.)

Credința în statutul personal special oferă posibilitatea unei adaptări foarte versatile, făcându-ne capabili să ne desprindem de natură și să tolerăm nefericirea astfel degajată: singurătatea, conștientizarea propriei micimi față cu măreția lumii externe, inadecvările părinților, statutul nostru de creatură, funcțiile corporale care ne leagă de natură și, în special cunoașterea morții ce dă târcoale pe la marginile conștiinței. Credința că suntem scutiți de rigorile legii naturale stă la baza multor aspecte ale comportamentului. Aceasta ne sporește curajul, oferindu-ne posibilitatea de a înfrunta pericolul fără a fi debordați de amenințarea propriei dispariții. Să luăm aminte la psalmistul care scrie: „Cădea-vor dinspre latura ta o mie și zece mii de-a dreapta ta, dar de tine nu se vor apropia." Curajul astfel câștigat dă naștere la ceea ce mulți au numit aspirația „naturală" a ființei umane spre competență, eficacitate, putere și control. În măsura în care cineva dobândește puterea, frica de moarte îi este și mai mult diminuată, iar credința în propriul statut special este întărită. A avansa, a avea succes, a acumula bogății materiale, a lăsa în urmă opere ca monumente inalterabile devin moduri de viață care ocultează întrebările capitale pe care le vom analiza mai jos.

Eroismul compulsiv

Pentru mulți dintre noi, individuarea eroică reprezintă lucrul cel mai bun pe care un om poate să îl facă dată fiind situația sa existențială. Scriitorul grec, Nikos Kazantzakis a fost un astfel de spirit, iar Zorba al său era omul autosuficient prototipic. (În autobiografia sa, Kazantzakis citează ultimele cuvinte ale omului care a fost modelul pentru Zorba Grecul: „Și dacă popa vine să mă spovedească și să-mi dea sfânta împărtășanie, spune-i s-o șteargă, mai bine să mă afurisească! (...) Oameni ca mine ar trebui să trăiască o mie de ani"[11].) În altă parte, prin gura lui Ulise al său ne sfătuiește să trăim într-atât de intens, încât să nu lăsăm morții decât „un castel ars până la temelii"[12]. Propria sa piatră de mormânt de la poa-

 lele Herakleionului poartă epitaful simplu și eroic: „Nu vreau nimic, nu mi-e frică de nimic, sunt liber".

Dusă însă ceva mai departe, apărarea începe să fie suprasolicitată: poza eroică devine o fațadă, iar individul ajunge un erou compulsiv care, precum Mike, tânărul bolnav de cancer, este împins să se confrunte cu pericolul pentru a scăpa de un pericol mai mare din interior. Ernest Hemingway, prototipul eroului compulsiv, s-a simțit toată viața împins să caute și să triumfe asupra pericolului ca un mod grotesc de a dovedi că nu există niciun pericol. Mama lui Hemingway relatează că una dintre primele propoziții rostite de acesta a fost: „Nu mi-e frică de nimic".[13] Ironic, nu îi era frică de nimic chiar din cauză că, la fel ca tuturor, îi era frică de neant. Eroul lui Hemingway reprezintă deci o fugă individualistă, ca soluție pentru condiția umană. Eroul nu face alegeri; acțiunile sale sunt teleghidate și invariabile; nu învață din experiențele noi. Nici măcar apropierea morții nu îi întoarce privirea înlăuntru și nici nu îl face mai înțelept. Codul lui Hemingway nu are un capitol pentru îmbătrânire și diminuare, deoarece acestea au parfumul obișnuitului. În *Bătrânul și marea*, Santiago înfruntă stereotip moartea iminentă – la fel cum înfruntase fiecare din amenințările de bază ale vieții – plecând singur în căutarea unui pește uriaș.[14]

Hemingway însuși nu a putut supraviețui dizolvării mitului propriei invulnerabilități. Pe măsură ce sănătatea și puterea fizică i se diminuau, pe măsură ce statutul „de om ca toți oamenii" (în sensul că, la fel ca oricine, trebuia să facă față condiției umane) devenea dureros de evident, a devenit nefericit și, într-un final, a ajuns la depresie profundă. Maladia sa finală, o psihoză paranoidă cu delir de persecuție și idei delirante de referință, au stimulat temporar mitul statutului social. (Toate tendințele persecutorii și ideile de referință izvorăsc dintr-un nucleu de grandomanie personală; la urma urmei doar o persoană extrem de specială ar putea avea parte de respectiva atenție din partea mediului în care se găsește, deși una rău intenționată.) Într-un final soluția paranoidă a eșuat; lăsat fără nicio apărare împotriva fricii de moarte, Hemingway s-a sinucis. Deși pare paradoxal că o persoană se poate sinucide din cauza fricii de moarte, lucrul nu e rar. În realitate, mulți indivizi spun: „Mi-e atât de frică de moarte, că îmi vine să mă sinucid". Ideea suicidului oferă o oarecare diminuare a terorii. E un comportament activ; permite controlul asupra a ceea ce exercita controlul. În plus, cum a remarcat Charles Wahl, multe si-

nucideri indică o viziune magică asupra morții, în care aceasta din urmă este temporară și reversibilă.[15] Individul care comite suicidul pentru a-și exprima ostilitatea sau pentru a da naștere la vinovăție în sufletul altora poate avea credința că existența conștientă continuă, așa încât să poată beneficia de rezultatele morții sale.

Dependentul de muncă

Individul care suferă de eroism compulsiv reprezintă un exemplu clar, deși rar din punct de vedere clinic, de apărare a statutului special dusă dincolo de limitele viabile și care eșuează în a proteja individul de angoasă sau degenerează într-un comportament evazionist. Un exemplu comun este cel al dependentului de muncă (*workaholic*). Una dintre cele mai stranii caracteristici ale acestuia e credința implicită că „avansează". Timpul e un inamic nu doar pentru că este rudă cu finitudinea, ci și pentru că amenință unul dintre lucrurile care stau la temelia iluziei statutului special: opinia că persoana avansează veșnic. Dependentul de muncă trebuie să își astupe urechile la următorul mesaj: trecutul crește pe seama viitorului.

Modul de viață al dependentului de muncă e compulsiv și disfuncțional: dependentul de muncă muncește sau e preocupat nu deoarece o vrea, ci pentru că *trebuie* să o facă. Dependentul de muncă poate să tragă de el însuși fără milă și fără să țină seama de limitele omenești. Timpul liber este timp pentru angoasă. Adesea, el e frenetic umplut cu activități care vântură iluzia realizărilor. A trăi este echivalat cu „a deveni" sau „a face". Timpul care nu e cheltuit pentru „a deveni" nu e „viață", ci răstimpul de dinainte ca viața să înceapă.

Desigur, cultura joacă un rol important în formarea valorilor individuale. Folosind criteriul „activității", Florence Kluckholma sugerat o clasificare antropologică a orientărilor axiologice ce postulează trei categorii: „a fi", „a fi în devenire" și „a face".[16] Orientarea către „a fi" pune accentul mai degrabă pe activitate decât pe scop. Ea se concentrează pe spontaneitatea expresiei naturale a „este"-ului personalității. „A fi în devenire" are în comun cu „a fi" accentul pus pe ceea ce persoana este mai degrabă, decât pe ceea ce poate realiza, dar subliniat este conceptul de „dezvoltare". Astfel, ea încurajează activitățile de un anumit gen – activitățile direcțio-

 nate către dezvoltarea tuturor aspectelor sinelui. Orientarea lui „a face" accentuează *realizările cuantificabile potrivit unor standarde din afara individului*. Cultura conservatoare americană contemporană cu valorizarea a „ce face individul" și „a faptului de a duce lucrurile la bun sfârșit" este evident o cultură extremă a lui „a face".

Totuși, în orice cultură există un spectru larg în care variază indivizii. Ceva din interiorul individului dependent de muncă interacționează cu standardul cultural de o manieră care alimentează o internalizare rigidă și hipertrofiată a sistemului de valori. Devine dificil pentru indivizi să se ridice deasupra culturii căreia îi aparțin și să privească la sistemul lor de valori ca la unul printre multe altele. Aveam un pacient dependent de muncă care arareori își îngăduia câte o plimbare la amiază (ca recompensă pentru câte o realizare cu adevărat remarcabilă) și care era uimit de priveliștea sutelor de oameni care stăteau prin preajmă lâncezind. „Ce *fac* toată ziua? Cum pot oamenii să își ducă viața așa?", se minuna el. O luptă asiduă cu timpul poate indica o frică de moarte puternică. Indivizii dependenți de muncă se raportează la timp ca și cum ar fi sortiți unei morți iminente și se grăbesc să realizeze cât mai mult din ce și-au propus.

Prinși în propria cultură, acceptăm fără vreo îndoială că progresul este bun și corect. Nu cu foarte multă vreme în urmă, mi-am petrecut singur o scurtă vacanță într-o stațiune din Caraibe. Într-o seară citeam. Din când, în când îmi mai aruncam câte o privire spre barmanul care nu făcea decât să privească pierdut la mare. Mi-a trecut prin cap că e foarte asemănător unei șopârle în amorțire pe o piatră caldă. Comparându-mă cu el, mă simțeam foarte plin de mine, foarte mulțumit de propria persoană. Nu făcea pur și simplu nimic, pierdea vremea în vreme ce eu făceam ceva util – citeam, învățam. Pe scurt, avansam. Totul părea în regulă până când un demon interior m-a întrebat: „În ce direcție avansezi? Cum? Și (mai rău) de ce?" Aceste întrebări erau și încă mai sunt profund neliniștitoare. Ceea ce mi s-a revelat cu o putere neobișnuită era cât mă complăceam într-o iluzie construită ca apărare împotriva morții, în care mă proiectam mereu în viitor. Nu existam la fel cum exista o șopârlă; mă pregăteam, deveneam, eram în tranziție. John Maynard Keynes o spune astfel: „Omul ce are «un scop în viață» încearcă să își asigure o nemurire contrafăcută și iluzorie, nemurirea propriei activități, prin rostogolirea acțiunilor sale spre viitor. El nu își iubește pisica, ci puii ei;

și nici măcar puii, ci puii puilor și așa mai departe până la sfârșitul neamului pisicesc".[17]

Tolstoi, în *Ana Karenina*, descrie prăbușirea unui sistem de opinii structurat asemenea unei „spirale ascendente" prin intermediul personajului lui Alexei Alexandrovici, soțul Anei, un om pentru care totul a evoluat crescător, de la cariera splendidă la mariajul superb. Faptul că e părăsit de Ana înseamnă mult mai mult decât pierderea ei: înseamnă prăbușirea unui *Weltanschauung* personal.

> *El se simțea totuși în fața unei situații ilogice și absurde, și nu știa ce să facă. Se găsea față în față cu viața – cu virtualitatea unei iubiri a soției sale pentru un altul decât el, și aceasta îi părea absurd și de neînțeles, fiindcă era însăși viața. Alexei Alexandrovici își trăise viața și muncise în sferele birocratice, care aveau de-a face numai cu oglindirea vieții; și ori de câte ori se ciocnea cu viața însăși, se dădea la o parte. Acum îl stăpânea același sentiment al omului care, după ce a trecut liniștit un pod peste o prăpastie, vede deodată că podul nu mai există și că sub el se cască abisul. Abisul era viața însăși,* iar *podul – traiul artificial dus de el până acum.*[18]

„Abisul era viața însăși, iar podul – traiul artificial dus de el până acum." Nimeni nu a spus-o mai limpede. Mecanismul defensiv, în cazul în care are succes, protejează individul de cunoașterea abisului. Podul rupt, apărarea înfrântă, expune la adevăr și la o teamă pe care un individ aflat la jumătatea vieții, după decenii de autoiluzionare, este incapabil să o confrunte.

Narcisismul

Persoana care luptă cu angoasa primară recurgând la credința extrem de puternică în propriul statut special se lovește adesea de dificultăți majore în relațiile interpersonale. Dacă încrederea în inviolabilitatea personală este cuplată, cum se întâmplă adesea, cu o recunoaștere diminuată a drepturilor și a statutului special al celuilalt, atunci suntem în prezența unei personalități narcisice complet dezvoltate. Fromm pare a fi surprins perfect personalitatea narcisică atunci când a relatat conversația dintre un narcisic și un medic. Pacientul a cerut o consultație în acea zi. Medicul a

 răspuns că nu este posibil, deoarece agenda îi era plină. Pacientul a exclamat: „Însă, doctore, stau la doar câteva minute de cabinet!"

Trăsăturile narcisice sunt mai evidente în terapia de grup decât în cea individuală. În terapia individuală, fiecare cuvânt al pacientului este băgat în seamă; fiecare vis, fantezie sau sentiment este examinat. Pacientului îi este oferit totul; lui i se cer puţine gesturi de reciprocitate; pot trece luni până când caracteristicile narcisice devin evidente. În terapia de grup însă, pacientului i se cere să îşi împartă timpul, să îi înţeleagă şi să empatizeze cu ceilalţi, să stabilească relaţii şi să fie preocupat de sentimentele celorlalţi.

Tipul narcisic se manifestă în mai multe feluri: unii pacienţi cred că le e permis să ofenseze pe alţii, dar ei trebuie să fie scutiţi de critici. Cât se poate de firesc, ei simt că nu trebuie să facă altora concesii; aşteaptă cadouri, surprize şi atenţie, deşi ei nu oferă nimic de acest gen; aşteaptă să fie iubiţi şi admiraţi din simplul motiv că există. În terapia de grup simt că grupul trebuie să le acorde o atenţie maximă, care să fie disponibilă fără niciun efort din partea lor. Ei aşteaptă de la grup, să le vină în întâmpinare, cu toate că ei nu sunt atenţi la nimeni. Terapeutul trebuie să atragă atenţia acestor pacienţi în mod repetat că doar o singură dată în viaţă o astfel de aşteptare este normală – în primii ani ai copilăriei, când mamei îi este solicitată o dragoste necondiţionată, fără ezitări şi reciprocitate.

Hal, un participant la o terapie de grup, ilustrează multe din aceste chestiuni. Era un fizician strălucit şi extrem de articulat, care a captat interesul grupului luni în şir cu magia unor poveşti faulkneriene despre copilăria sa, petrecută în sudul Statelor Unite (acaparând circa 40% din timpul grupului de opt persoane). Avea de asemenea o limbă ascuţită, însă sarcasmele sale erau atât de inteligente şi colorate, că restul membrilor nu se simţeau ofensaţi şi se lăsau distraţi de el. Doar în mod treptat au ajuns să deteste lăcomia-i în materie de atenţie şi să dezvolte ostilitate. Au început să fie iritaţi de poveştile sale, mai apoi au încercat să mute centrul atenţiei de pe Hal pe ceilalţi membri şi au sfârşit prin a-l eticheta explicit drept o un aspirator de atenţie. Nervozitatea lui Hal s-a intensificat; ea a trecut prin ambalajul sarcasmului bine temperat şi a erupt într-un şuvoi cronic de acreală. Viaţa sa personală şi profesională a început să se deterioreze: soţia a ameninţat că îl părăseşte, iar şeful departamentului unde lucra l-a admonestat pentru modul în care interacţiona cu studenţii. Grupul i-a cerut

să își examineze furia. În mod repetat, grupul i-a adresat întrebarea: „Ce-i cu tine?" Când discuta un eveniment concret, ceilalți membrii îl rugau să meargă pe un nivel mai adânc și să răspundă la întrebarea: „Ce te supără?" De pe cel mai adânc nivel, Hal spunea: „Sunt supărat deoarece sunt mai bun decât oricine de aici, dar nimeni nu mă recunoaște ca atare. Sunt mai deștept, mai ager, sunt mai bun, dar, la naiba, nimeni nu mă apreciază. Ar trebui să fiu bogat ca un șeic, să fiu recunoscut ca o figură renascentistă, dar sunt tratat ca oricine altcineva".

Grupul i-a fost de ajutor lui Hal în mai multe de feluri. Simplul fapt că l-a ajutat să își dezgroape și să se elibereze de aceste sentimente, gândindu-se rațional la ele a constituit un prim pas extrem de benefic. Încetul cu încetul, ceilalți membri ai grupului l-au ajutat pe Hal să recunoască faptul că și ei erau suflete și că se simțeau speciali; și ei doreau sprijin, atenție și privilegiu. Hal a învățat că restul oamenilor nu erau doar surse de apreciere și admirație de la care putea să-și alimenteze propriul solipsism. „Empatie" a fost unul dintre conceptele-cheie pentru Hal, iar grupul l-a ajutat să aibă experiența empatiei. Ei i-au cerut ca, din când în când, să ia la rând membrii grupului și să le ghicească sentimentele. La început, Hal răspundea de regulă indicând ceea ce bănuia că membrii grupului cred despre el; însă treptat a devenit capabil să își dea seama ce trăiau –, de pildă, că și ei aveau nevoie de timp, sau că erau nervoși, deziluzionați sau iritați.

Narcisismul este atât de acaparant că, adesea, pacientul are dificultăți în a găsi un punct în afara propriului „statut special" în care să se plaseze și să se observe. Un alt pacient, care îi semăna lui Hal în multe privințe, a avut parte de o conștientizare curioasă a propriului egocentrism. Era de doi ani membrul unui grup de terapie care avusese ca rezultat o îmbunătățire frapantă în special a capacității sale de a iubi și de a se dărui altcuiva. L-am văzut în cadrul unei ședințe de debriefing, ocazie cu care l-am întrebat dacă își poate aminti un moment prin excelență critic din timpul terapiei. El a indicat o ședință în care grupul a vizionat o înregistrare a ședinței anterioare; a fost uimit să descopere că își amintea doar acele părți care se focalizaseră pe persoana sa; existau porțiuni importante ale ședinței pe care le-a văzut ca și cum ar fi fost în premieră. Ceilalți l-au criticat frecvent pentru centrarea pe propria persoană, însă a realizat asta (ca în cazul tuturor adevărurilor importante) abia când a descoperit-o el însuși.

Când devine modalitatea principală de transcendere a morții, statutul special ia și o serie de alte forme dezadaptive. Pofta de putere este adesea motivată tocmai de această dinamică. Teama și sentimentul limitării personale sunt evitate prin expansiunea propriei persoane și a sferei în care aceasta își exercită controlul. Există date că de exemplu cei care intră în profesiunile legate de moarte (militari, medici, preoți și antreprenorii de pompe funebre) pot fi parțial motivați de nevoia de a obține controlul asupra angoasei morții. De exemplu, Herman Feifel a arătat că, deși medicii sunt mai puțin preocupați conștient de moarte ca grupurile de control formate din pacienți sau din indivizi din populația generală, pe un palier mai adânc se tem mai mult de moarte.[19] Cu alte cuvinte, asumarea puterii diminuează temerile conștiente de moarte, însă temeri mai profunde care au dictat în parte opțiunile profesionale rămân active. Când frica este deosebit de puternică, impulsurile agresive nu mai sunt stăpânite printr-o sublimare pașnică, ci sunt amplificate. Aroganța și agresiunea provin adesea de aici. Rank scria că „frica de moarte a eului este potolită de uciderea, de sacrificarea celuilalt; prin moartea celuilalt este răscumpărată sentința de condamnare la moarte".[20] Evident, Rank se referă la ceva ce trece dincolo de omuciderea concretă; forme mai subtile de agresiune – care includ dominarea, exploatarea sau „uciderea sufletului" cum o numea Ibsen[21] – slujesc aceluiași scop. Însă aceeași modalitate de adaptare decompensează adesea printr-o apărare evazionistă. Puterea absolută, după cum se știe dintotdeauna, corupe absolut; corupe deoarece nu oferă individului ce promite. Realitatea își face întotdeauna simțită prezența – realitatea propriei neajutorări și a propriei naturi muritoare; realitatea că, în pofida dorinței de a ajunge la stele, ne așteaptă soarta oricărei creaturi.

Apărarea statutului special: ezitările și angoasa

Atunci când am discutat gestionarea fricii de moarte prin recursul la statutul special, m-am focalizat pe formele dezadaptative ale soluției individualiste sau active: individualismul eroic al evadării (cu teama de oricare semn al fragilității umane care o însoțește), soluția compulsivă a

dependenței de muncă, depresia care izvorăște din retezarea spiralei ascendente, tulburările de caracter narcisice severe cu ramificațiile interpersonale aferente și un stil de viață inadaptat axat pe control și agresiune. Însă mecanismul de apărare care face uz de ideea statutului special mai are o limitare, chiar mai severă. Persoana care „se desprinde de legăturile sociale" sau „se plasează deasupra naturii" trebuie să plătească un preț pentru succesul repurtat. Individuarea, separarea de tot, avansarea, traiul aparte, izolat, depășirea semenilor și a părinților conțin ceva înfricoșător.

Mulți clinicieni au scris despre „nevroza succesului" – o afecțiune în care indivizii aflați în pragul succesului mare către care s-au străduit mult timp, în loc să fie euforici, dezvoltă o nefericire paralizantă ce barează reușita. Freud vorbește despre acest fenomen ca despre sindromul „eșuării din cauza succesului".[22] Rank îl descrie ca pe o „angoasă a vieții"[23] – teama de confruntarea cu viața în calitate de ființă separată. Maslow subliniază ezitările pe care le avem în fața posibilităților cele mai elevate din viață (ca și a celor mai de jos), numind fenomenul „complexul Iona", datorită faptului că, asemeni tuturor, Iona nu a putut să își poarte în spate propria măreție și a căutat să își evite destinul.[24]

Cum putem oferi o explicație acestei tendințe de autonegare a omului? E probabil rezultatul combinației dintre realizare și agresiune. Unii oameni folosesc succesul ca o metodă pentru a-i depăși pe alții, dându-le o lecție; aceștia se tem de conștientizarea de către ceilalți a motivelor care-i mână și de răzbunarea lor pe succesul exagerat. Freud credea că această tendință avea serios de a face cu teama de depășire a tatălui, unde există pericolul castrarii. Becker deslușește ceva mai mult când sugerează că lucrul teribil în depășirea tatălui nu este castrarea, ci perspectiva înfricoșătoare de a deveni propriul tată.[25] A deveni propriul tată înseamnă a renunța la sprijinul confortabil, dar magic, al părintelui în favoarea durerii inerente conștientizării finitudinii personale.

Astfel, individul care se aruncă în viață e condamnat la angoasă. Situându-se în afara naturii, fiind propriul său tată sau, cum spunea Spinoza, „propriul Dumnezeu", el se plasează într-o izolare supremă; e lipsit de sprijinul oferit de mitul salvatorului și de confortul unei îmbrățișări omenești. O astfel de expunere neecranată la solitudinea individuării este prea terifiantă pentru ca majoritatea oamenilor să și-o asume. Când credința

 noastră în propriul statut special și în propria inviolabilitate eșuează în a ne alina durerea, ne refugiem în celălalt sistem de negare: credința într-un salvator suprem.

Salvatorul suprem

Ontogeneza recapitulează filogeneza. Dezvoltarea speciei se reflectă atât în dezvoltarea fizică, cât și în dezvoltarea socială a individului. La niciun atribut social nu e mai vizibil acest lucru decât la credința umană în existența unui ajutor personal omnipotent, că există o forță sau ființă care veghează, iubește și protejează veșnic. Deși ne va lăsa poate să ne aventurăm pe buza prăpastiei, până la urmă, ne va salva. Fromm caracterizează această figură mitică drept „ajutor magic"[26], iar Masserman, ca „servitor omnipotent".[27] În capitolul trei, am urmărit dezvoltarea acestui sistem de credințe în copilărie: ca și credința în propriul statut special, ea este înrădăcinată în evenimentele din primii ani ai vieții când părinții păreau veșnic preocupați să satisfacă orice nevoie. Desigur, de la începuturile istoriei scrise, umanitatea s-a agățat de credința într-un Dumnezeu personal – un personaj care poate e veșnic iubitor, înfricoșător, capricios, aspru, capabil de a fi înduplecat sau mâniat, dar o figură care este întotdeauna *acolo*. Nicio cultură din vechime nu a crezut vreodată că oamenii sunt singuri într-o lume indiferentă.

Unii indivizi își descoperă salvatorul nu într-o ființă supranaturală, ci în mediul lor pământean, fie într-un conducător, fie într-o cauză mai înaltă. Timp de milenii, ființele omenești și-au învins frica de moarte în acest mod și au ales să renunțe la propria libertate, și chiar să-și dea viața pentru o figură augustă sau o cauză personificată. Tolstoi era extrem de conștient de nevoia de a ne fabrica o ființă dumnezeiască pentru ca, mai apoi, să ne tolănim în iluzia de siguranță care emană din propria creație. Să ne gândim la extazul lui Rostov, pe câmpul de luptă din *Război și Pace*, la gândul că țarul e aproape:

> *Apropierea aceasta, ea singură, îl făcea să se simtă răsplătit de necazurile zilei pierdute. Era în culmea fericirii, ca un îndrăgostit care a obținut întâlnirea mult jinduită. Cum era în front, nu îndrăznea să se uite înspre partea de unde venea împăratul,* dar *îi simțea apropierea. Se simțea aceasta nu numai după tropotul de*

copite al cailor ce se apropiau într-o cavalcadă majestoasă, ci și după lumina sărbătorească, veselă, care, asemenea soarelui, creștea în jurul lui pe măsură ce grupul călăreților se apropia. Tot mai aproape și mai aproape simțea radierea acestui soare care creștea și răspândea blând în jur raze de majestoasă lumină, și iată că Rostov se și simțea năpădit de lumina aceasta, iată-l auzind vocea aceea plină de calm, impunătoare și totuși atât de prietenoasă [...] Rostov se ridică și porni să rătăcească printre focuri și să viseze la fericirea de a muri, de a muri fără să-ți pese de viață, pur și simplu, de a muri sub ochii împăratului. Era într-adevăr îndrăgostit și de țar, și de gloria armelor ruse, și de nădejdea lui în victoria care va să vină. Și nu încerca numai el sentimentul acesta în zilele memorabile de dinaintea bătăliei de la Austerlitz; în armata rusă, nouă din zece oameni erau îndrăgostiți pe vremea aceea, deși poate mai puțin nebunește decât Rostov, de țarul lor și gloria armatelor ruse.[28]

„Tot mai aproape și mai aproape simțea radierea acestui soare care creștea și răspândea blând în jur raze de majestoasă lumină..." Cât de frumos și limpede putem regăsi în descrierea lui Tolstoi extazul defensiv ce vine din interior și care nu e doar al soldatului rus, ci și al legiunilor de bărbați și femei obișnuite de care terapeuții au parte în travaliul clinic.

Mecanismul de apărare al salvatorului și restricționarea personalității

Trăgând linie, mecanismul de apărare care recurge la un salvator suprem e mult mai puțin eficace decât credința în propriul statut special. Nu doar că e mult mai probabil să înceteze a mai funcționa, dar, prin însăși natura sa, pune restricții asupra persoanei. Voi oferi în cele ce urmează câteva constatări empirice care îi demonstrează ineficacitatea. Însă, înainte de ele, există o intuiție a lui Kierkegaard care are mai mult de o sută de ani. Acesta are un text curios în care contrastează pericolele „aventurării" (emergență, individuare, statut special) și „neaventurării" (fuziune, inserție, credință într-un salvator suprem):

... a te aventura este periculos. De ce? Deoarece există posibilitatea pierderii. A nu te aventura înseamnă șiretenie. Și totuși, prin abținerea de la aventură, este înfricoșător de ușor de pierdut ceea ce ar fi dificil de pierdut chiar în

cea mai aventuroasă aventură... propriul sine. Dacă mă aventurez în direcții greșite – foarte bine, căci viața mă va ajuta pedepsindu-mă. Însă, dacă nu mă voi aventura, cine mă va mai ajuta? Și în plus, dacă neaventurându-mă deloc în sensul bun (iar a te aventura în sensul bun înseamnă chiar a deveni conștient de sine)*, voi câștiga toate bunurile pământești ... mă voi pierde pe mine. Ce spuneți de asta?*[29]

A rămâne încastrat în altcineva, „a nu te aventura" ne expune deci la un pericol maxim – pierderea de sine, eșecul în explorarea sau dezvoltarea multiplelor posibilități ale propriei persoane.

Când accentul e pus prea mult pe apărările edificate pe ideea unui salvator, se ajunge la un mod de viață extrem de restricționat. E cazul Lenei, o membră în vârstă de treizeci de ani a unui grup de terapie. Lena era extrem de deprimată, invadată de gânduri sinucigașe și adesea cădea în stări profund depresive în timpul cărora stătea în pat zile la rând. Trăia o viață izolată, petrecându-și majoritatea timpului în camera-i sumar mobilată. Înfățișarea sa era frapantă: din toate punctele de vedere – de la lungul său păr blond până la blugii ornamentați și jacheta de camuflaj, și până la poza și credulitatea sa – semăna cu o fată pe la mijlocul adolescenței. Își pierduse mama la cinci ani și tatăl la doisprezece, devenind din ce în ce mai atașată de bunici și de alte substitute parentale. Pe măsură ce bunicii îmbătrâneau, iar sănătatea lor se deteriora, a dezvoltat o groază față de telefon (telefonul a fost mijlocul prin care a aflat de moartea tatălui), refuzând să răspundă ca nu cumva să fie anunțată de moartea bunicilor.

Lena era extrem de îngrozită de moarte și evita orice contact cu temele legate de moarte. Încerca să își învingă teroarea în maniera cea mai ineficientă și mai magică posibilă, metodă pe care am constatat-o la mulți pacienți: încerca să evite moartea refuzând să trăiască. Precum Oskar din *Toba de tinichea* a lui Günter Grass, încerca să cucerească timpul, să îl fixeze permanent rămânând un etern copil. S-a dedicat evitării individuării și își căuta siguranța încercând să se dizolve într-un protector. Axioma terapiei de grup este că, pe măsură ce interacționează unul cu altul, membrii își etalează „acum și aici" mecanismele de apărare interne. Pe măsură ce travaliul grupului avansa, poziția defensivă a lui Lena a devenit extrem de transparentă. Odată, a început ședința anunțând că, în weekend, a fost implicată într-un grav accident de mașină. Mersese să își viziteze

un prieten aflat într-un oraș situat la 150 de mile depărtare și, dintr-o neglijență gravă, ieșise de pe carosabil, răsturnându-se și scăpând la mustață de moarte. Lena a comentat că ar fi fost foarte ușor și de dorit să nu își recapete cunoștința.

Membrii grupului au răspuns cum era de așteptat. S-au simțit preocupați și înspăimântați cu privire la Lena. S-au întrecut în a-i oferi preocuparea lor grijulie. Terapeutul grupului a răspuns similar, însă doar până când a început să analizeze pe tăcute modul în care se desfășurau ședințele. Lena era întotdeauna pe moarte, înspăimânta permanent grupul, mobiliza întotdeauna cantități impresionante de atenție din partea restului membrilor. În primele luni cât a participat la grup, membrii și-au asumat de fapt sarcina de a o ține pe Lena în viață, de a o face să mănânce, de a o împiedica să se sinucidă. Chiar și terapeutul se întreba: „I se întâmplă vreodată Lenei ceva bun?"

Accidentul Lenei avusese loc în drumul spre un prieten, căruia urma să îi facă o vizită. Deodată, terapeutul și-a pus întrebarea „care prieten?" Lena se descrisese fără încetare în fața grupului ca un individ izolat, fără prieteni, rude și cunoștințe. Și totuși, ea povestea că a condus 150 de mile pentru a-și vedea un prieten. Când terapeutul a chestionat-o, a aflat că Lena avea într-adevăr un prieten; că da, își petrecea cu el de luni de zile toate sfârșiturile de săptămână; și că el chiar dorea să o ia în căsătorie. Și totuși alesese să nu împărtășească toate aceste informații grupului. Supraviețuirea sa părea posibilă doar solicitând grija și protecția grupului și a terapeutului. Marea sa problemă era cum să păstreze această protecție la infinit: trebuia să nu dea niciun semn de dezvoltare sau schimbare, pentru ca, astfel, grupul și medicul să nu creadă că situația i s-a ameliorat suficient pentru a încheia cura.

Pe parcursul terapiei de grup, Lena a fost extrem de amenințată de incidente care îi provocau principalul său sistem defensiv: altfel spus, opinia că exista ajutor „pe undeva" și că doar prezența continuă a salvatorului îi asigura securitatea. Pasiunea Lenei pentru fuziunea cu terapeutul a condus la multe distorsiuni transferențiale, care au cerut o atenție continuă pe tot parcursul terapiei. Era extrem de sensibilă la orice semn de respingere din partea sa și reacționa puternic la orice îi arăta caracterul lui de simplu muritor, failibil sau când nu era disponibil. Mai mult decât orice membru, a fost alarmată (și enervată) când acesta și-a luat concediu,

când s-a îmbolnăvit, când greșea sau era confuz în cadrul grupului. O bună parte din munca terapeutică cu pacienții care manifestă o dorință hipertrofiată pentru un salvator suprem, după cum voi arăta în următorul capitol, va trebui să se concentreze pe analiza transferului.

Disoluția salvatorului

O bună parte din viață, credința într-un salvator suprem aduce alinare și funcționează ușor și invizibil. Cei mai mulți indivizi nu sunt conștienți de structura propriului sistem de opinii, până în momentul în care acesta nu își mai poate îndeplini scopul; sau până când, cum o spune Heidegger, un „ustensil este inutilizabil."[30] Există nenumărate cazuri de cădere nervoasă și multe forme de patologie asociate cu prăbușirea mecanismelor defensive.

Boli în fază terminală. Poate testul cel mai sever pentru eficacitatea iluziei unui salvator final o reprezintă boala în fază terminală. Mulți indivizi astfel afectați canalizează o cantitate mare de energie către întărirea credinței în prezența și puterea unui protector. Candidatul evident pentru rolul de salvator este medicul, iar relația pacient-doctor devine încărcată și complexă. În parte, medicul este văzut ca un salvator datorită dorinței pacientului de a crede; doctorul acceptă parțial rolul deoarece jocul de-a Dumnezeu este modul în care el însuși își întărește credința în propriul statut special. În orice caz, rezultatul este același: doctorul capătă dimensiuni supranaturale, iar atitudinea cu care pacientul se raportează la el este irațional de obedientă. În mod frecvent, pacienții care suferă de o maladie în stadiu final se tem să își supere sau să-și dezamăgească medicul; acești pacienți își cer scuze că au acaparat timpul medicului și se simt atât de tulburați în prezența sa, că uită să întrebe lucrurile urgente pe care le aveau pregătite în minte. (Unii pacienți încearcă să lupte împotriva acestei probleme pregătind o listă scrisă cu întrebările pe care le vor adresa medicului.)

Pentru pacienți este într-atât de important ca doctorii să își păstreze puterea, că nu îi vor chestiona și nici nu se vor îndoi de ei. În realitate, mulți pacienți le permit medicilor într-un mod cât se poate de magic să își conserve rolul de vindecători eficace ascunzându-le informații importante cu privire la propria stare fizică și psihică dificilă. Adesea, medicul este ultimul care află de adâncimea disperării pacientului. Un pa-

cient care este în stare să discute deschis cu asistentele sau asistenții sociali despre propria angoasă afișează în fața medicului o figură veselă și curajoasă, iar acesta din urmă conchide că pacientul gestionează situația cât de bine se poate. (Un efect notoriu e reticența medicilor de a trimite către tratament psihologic pacienții în fază terminală.)

Indivizii diferă în tenacitatea cu care se agață de negare, însă, până la urmă, orice negare se prăbușește în fața realității atotputernice. Kübler-Ross, de pildă, relatează că, pe parcursul lungii sale experiențe a văzut doar câțiva indivizi care să își mențină negarea până la moarte. Reacția pacientului la aflarea că nu există un tratament medicamentos sau chirurgical este catastrofală. Se simt mânioși, înșelați și trădați. Pe cine însă sunt mânioși? Pe univers? Pe soartă? Mulți pacienți sunt mânioși pe medic pentru că nu i-a ajutat – nu din punct de vedere medical, ci pentru că nu le-a întărit mitul personal al unui salvator final.

Depresia. În studiul său asupra depresiei psihotice, Silvano Arieti descrie motivul central, ideologia de viață care precede și pregătește terenul pentru depresie.[31] Pacienții săi duceau un gen de existență mediată; trăiau nu pentru ei, ci fie pentru „un celălalt dominant", fie pentru „un scop dominant". Deși terminologia diferă, descrierea oferită de Arieti celor două ideologii coincide îndeaproape cu cea a celor două apărări împotriva temerii de moarte pe care le-am descris și eu. Individul care trăiește pentru „un scop dominant" este individul care își modelează viața în jurul credinței în statutul său special și a propriei inviolabilități. După cum am mai discutat, depresia ia adesea naștere în momentul în care credința într-o spirală veșnic ascendentă („scop dominant") se năruie.

A trăi pentru „un celălalt dominant" reprezintă o încercare de a fuziona cu un celălalt perceput ca furnizor de protecție și sens în viață. Acest celălalt dominant poate fi soțul, mama, tatăl, iubitul, terapeutul sau o antropomorfizare a unei afaceri sau instituții sociale. Ideologia se poate prăbuși din multe cauze: persoana dominantă poate muri, pleca, își poate retrage dragostea și atenția sau se poate dovedi mult prea failibilă pentru a fi la înălțimea sarcinii.

Pacienții sunt adesea depășiți când recunosc eșecul propriei ideologii; pot să simtă că și-au sacrificat viețile pentru o iluzie. Și totuși nu au la dispoziție o strategie alternativă pentru a face față situației. În discuția despre o pacientă, Arieti afirmă:

Pacienta a ajuns în punctul critic în care avea nevoie de o reașezare a forțelor psihodinamice și de un nou tipar de relaționare interpersonală, însă aici nu avea nicio putere. Aceasta era starea sa. Era neajutorată. Fie nu putea întrevedea structuri cognitive alternative, care oferă tactici de recuperare, fie, în cazul în care le putea întrevedea, i se păreau inaccesibile. În alte momente, aceste alternative nu îi păreau nerealizabile, însă i se păreau inutile, deoarece învățase să își investească întregul interes și toate dorințele exclusiv în relația eșuată.[32]

Pacientul poate încerca să-și restabilească relațiile sau să caute altele. Dacă încercările eșuează, pacientul rămâne fără resurse și se simte epuizat sau își reproșează tot felul de lucruri. Restructurarea concepției de viață e o posibilitate care adesea scapă înțelegerii, iar mulți pacienți, în loc să își examineze sistemul de credințe fundamentale, conchid că sunt mult prea nedemni sau prea răi pentru a merita dragostea și protecția unui salvator suprem. Depresia lor este întreținută și de faptul că, inconștient, suferința și autodistrugerea funcționează ca strigăte disperate pentru a capta iubirea. Suferă o privațiune, deoarece și-au pierdut iubirea, dar trebuie să rămână astfel pentru a o recâștiga.

Masochismul. Am descris un mănunchi de comportamente asociate cu o credință hipertrofiată într-un salvator suprem: personalitatea ștearsă, teama de retragere a iubirii, pasivitatea, dependența, autodistrugerea, refuzul maturizării, depresia și prăbușirea sistemului de credințe. Când sunt accentuate, fiecare poate produce un sindrom clinic. Atunci când autodistrugerea domină, pacientul este desemnat ca „masochist".

O persoană de la care am învățat foarte multe despre dinamica din spatele tendinței oamenilor de a-și provoca singuri durere a fost Karen, o pacientă de patruzeci de ani, pe care am tratat-o timp de doi ani. Karen a venit la terapie din mai multe motive: înclinații sexuale masochiste, incapacitatea de a obține „normal" plăcere sexuală cu prietenul ei, depresie, inerție omniprezentă, coșmaruri înfricoșătoare și experiențe hipnagogice. A dezvoltat rapid în cadrul terapiei un transfer pozitiv puternic. S-a dedicat încercării de a obține grija și preocuparea mea. Fanteziile ei masturbatorii o înfățișau foarte bolnavă (fie de o boală fizică gravă ca tuberculoza, fie ca suferind o cădere psihotică), îngrijită și hrănită de mine. Își întârzia plecarea din cabinet pentru a mai petrece cu mine câteva minute; pentru a avea semnătura mea, și-a păstrat cecurile anulate cu care m-a plătit; pentru a mă ve-

dea, a încercat să participe la conferințele mele. Nimic nu părea să îi facă mai mare plăcere ca o atitudine dură din partea mea în raport cu dânsa; la orice semn de iritare din partea mea, devenea excitată sexual chiar în cabinet. Mă vedea mai bun decât în realitate și îmi ignora selectiv toate defectele vizibile. A citit o carte pe care o scrisesem împreună cu un pacient, unde fusesem deschis cu privire la propriile angoase și limitări.[33] Însă, în loc să ia seama la aceste limitări, reacția sa a fost de a mă admira și mai mult pentru curajul demonstrat prin publicarea unei astfel de cărți.

A răspuns similar și la semnele de slăbiciune și limitare arătate de alte figuri importante din viața sa. Dacă prietenul său se îmbolnăvea sau manifesta orice semn de slăbiciune, confuzie sau indecizie, devenea extrem de angoasată. Nu suporta să îl vadă neputincios. Odată, când acesta fusese grav rănit într-un accident auto, a dezvoltat o fobie în a-i vizita salonul de la spital. A avut un comportament similar și față de părinți, simțindu-se grav amenințată de fragilitatea și vârsta lor din ce în ce mai înaintată. În copilărie se raporta la ei prin intermediul bolii. „Boala era minciuna vieții mele", a declarat Karen. Căuta durerea pentru a afla alinarea. Nu o dată, în copilărie, își petrecuse săptămâni în pat pretextând o maladie fictivă. În adolescență, a devenit anorexică, fiind extrem de bucuroasă să se supună înfometării fizice pentru a căpăta atenție și solicitudine.

Sexualitatea sa s-a alăturat căutării atenției și salvării: forța, imobilizarea, puterea și durerea o excitau, în vreme ce pasivitatea, slăbiciunea și chiar tandrețea îi repugnau. A fi pedepsit însemna a fi protejat; a fi legat, încătușat sau privat de libertate era minunat: însemna că au fost puse limite, că un personaj puternic le stabilea. Masochismul său era supradeterminat: căuta supraviețuirea nu numai prin subjugare, ci și prin valoarea simbolică și magică a suferinței. O mică moarte este la urma urmei mai bună decât una autentică.

Tratamentul a avut succes în combaterea depresiei acute, a coșmarurilor și a ideilor sinucigașe; însă, la un moment dat, cura a început să mi se pară că îi împiedică dezvoltarea, deoarece, pentru a nu mă pierde, Karen continua să se autodistrugă. Ca atare, am programat încheierea curei peste șase luni și i-am comunicat că, după această dată, nu o voi mai menține în tratament. În următoarele săptămâni, ne-am luptat cu furtuna unei recrudescențe a întregii simptomatologii. Nu doar că angoasa severă și coșmarurile s-au întors, ci, în plus, avea experiențe halucinatorii terifiante în care apăreau lilieci gigantici ce o atacau tot timpul cât era singură.

Aceasta a fost pentru Karen o perioadă de frică și disperare mare. Iluzia sa cu privire la salvatorul suprem o protejase permanent împotriva terorii morții, iar eliminarea ei o confrunta fără ocolișuri chiar cu moartea. În jurnalul său, pe care mi l-a trimis după încheierea terapiei, a scris poezii minunate în care își descria imagistic angoasa:

Cu moartea pe buze îți vorbesc,
Iar viermii îmi mănâncă inima
În cacofonia clopotelor
Protestele mele nu se mai aud
Moartea e o dezamăgire,
O hrană amară.
Mi-o îndes în gură,
Pentru a-mi amuți țipetele.

Credința adânc înrădăcinată a lui Karen că, fuzionând cu mine, putea să se sustragă morții era deschis exprimată în următoarea poezie:

Mi-aș lua moartea ca stăpână
Și i-aș spune biciului ei „mână blândă".
Aș călări cu ea către peșterile surpate
Unde trăiește,
Renunțând de bunăvoie la aroma coaptă a verii,
La tecile coapte din care erupe viață fremătândă,
Să stau cu ea pe tronul de gheață
Și să-i cunosc iubirea.

Pe măsură ce se apropia data încheierii terapiei, Karen a recurs la toate mijloacele care ar fi putut împiedica evenimentul. A amenințat cu sinuciderea în cazul în care nu o voi mai trata. O altă poezie exprima starea sa de spirit și amenințarea:

Moartea nu-i minciună.
E limpede ca realitatea,
O prezență completă ca însăși viața,
Cealaltă alegere ultimă.

Mă simt alergând către umbre,
Îmbrăcată în pânze de păianjen,
Ascunzându-mă de realitatea pe care mi-o arunci în față,
Vreau să îmi țin la vedere haina-mi neagră, moartea,
și să te ameninț cu ea.
Înțelegi?
Mă voi îmbrăca în ea dacă mai continui.

Deși am fost înfricoșat de amenințările lui Karen și i-am oferit cât de mult sprijin puteam, am decis să rămân neclintit în hotărârea de a pune capăt curei la sfârșitul celor șase luni, indiferent de starea sa de sănătate. Încheierea trebuia să fie definitivă și irevocabilă; oricare i-ar fi fost suferința, nu trebuia să mă influențeze. Treptat, eforturile sale de a fuziona cu mine s-au redus, iar ea s-a reîntors la ce avea de făcut: să folosească în modul cel mai constructiv ședințele rămase. Doar în momentul în care a renunțat la orice speranță într-o prezență continuă, eternă, a putut să funcționeze realmente eficace în cadrul terapiei. Și-a permis să își cunoască și să facă știute punctele forte și dezvoltarea sa. Foarte repede a obținut o slujbă pe măsura talentului și aptitudinilor sale (amânase să își găsească respectiva slujbă timp de patru ani!). Și-a schimbat locuința și modul în care se prezenta, transformându-se dintr-un îndurerat copil al nimănui, într-o femeie atrăgătoare.

Doi ani după ce s-a încheiat cura, mi-a cerut să o văd din nou ca urmare a morții unui prieten. Am fost de acord cu o singură ședință, în care am aflat nu numai că își conservase schimbările în bine, dar se dezvoltase în continuare. Se pare că unul dintre lucrurile importante de știut pentru pacienți este că, deși terapeuții pot fi de ajutor, de la un punct încolo nu mai sunt utili. Ca în viață, în terapie există un substrat obligatoriu de travaliu solitar și singurătate.

Recursul la un salvator și dificultățile interpersonale. Faptul că anumiți indivizi evită teama de moarte prin intermediul credinței în existența unui salvator ultim oferă clinicianului un sistem de referință util pentru înțelegerea anumitor cadriluri interpersonale ciudate. Să ne gândim la următoarele cazuri, frecvente în activitatea clinică: pacientul care este prins în mrejele unei relații evident destructive și nesatisfăcătoare, dar care este incapabil să se elibereze.

Bonnie avea patruzeci și opt de ani și suferea de o boală gravă de circulație (boala lui Buerger). De zece ani, era separată de soțul său, cu care fusese căsătorită timp de alți douăzeci de ani, dar cu care nu a avut copii. Acesta, un înfocat iubitor al naturii, părea o ființă extrem de insensibilă, un autocrat care ținea seama doar de propria persoană și care o părăsise pe Bonnie când starea sa de sănătate precară o făcuse incapabilă să îl acompanieze în expedițiile sale de vânătoare și de pescuit. Nu i-a acordat niciun sprijin financiar în cei zece ani de când erau despărțiți și a avut aventuri cu nenumărate femei (pe care nu a ratat ocazia să i le descrie). Vizita casa lui Bonnie o dată la o săptămână sau două, pentru a-i folosi mașina de spălat, a-și asculta mesajele lăsate pe telefonul firmei pe care îl lăsase la acea adresă, și pentru a se culca cu ea o dată sau de două ori pe an. Din cauza unor standarde morale stricte, Bonnie refuza întâlnirile cu alți bărbați câtă vreme era încă măritată. A continuat să fie obsedată de soț – câteodată, înfuriată la vederea sa, alteori, îndrăgostită de el. Viața i se diminua pe măsură ce devenea mai bolnavă, singuratică și mai torturată de săptămânala utilizare a mașinii de spălat. Și totuși nu putea nici să divorțeze, să îi deconecteze telefonul sau să îi suprime privilegiul de a-și spăla rufele.

Delores avusese un șir lung de relații nesatisfăcătoare cu diverși bărbați, iar, într-un final, la treizeci și cinci de ani, s-a măritat cu un individ extrem de compulsiv și neatent la trăirile celorlalți. Înainte de căsătorie, fusese în terapie ca urmare a angoasei și a ulcerului cronic. După căsătorie, controlul insistent al soțului a făcut ca angoasa prenupțială să pară o nimica toată față de ce suferea în prezent. Îi făcuse lui Delores un orar pentru weekend (9:00 – 10:15 grădinărit, 10:30 – amiază, cumpărături la băcănie etc.); îi ținea o contabilitate atentă a cheltuielilor; îi monitoriza convorbirile telefonice și o certa când petrecea timpul cu oricine altcineva decât el. Curând, Delores palpita de angoasă și furie suprimată; totuși, era terorizată la simplul gând al separării sau divorțului.

Martha avea treizeci și unu de ani și era disperată să se căsătorească și să aibă copii. Timp de mai mulți ani avusese o relație cu un bărbat care aparținea unei secte mistice a cărei învățătură era că libertatea omului e cu atât mai mare, cu cât refuză să se implice în relații serioase. Ca atare, deși îi plăcea de Martha, refuza să trăiască împreună cu ea și să își ia vreun angajament de durată. Era alarmat de faptul că ea și-l dorea cât mai aproape

și cu cât ea se agăța mai tare, cu atât era el mai puțin dispus să i se dedice. Martha era obsedată să îl lege cumva de ea și peste poate de îndurerată de lipsa sa de implicare. Și totuși se simțea dependentă de el, incapabilă să se elibereze; de fiecare dată când rupea relația cu el, suferea un sevraj dureros și, într-un final, deprimată sau panicată, punea mâna pe telefon ca să-l sune. Câtă vreme erau despărțiți, el era liniștit; îi păsa de ea, dar se descurca și fără. Martha era mult prea acaparată de el pentru a căuta efectiv alte relații; principalul său proiect în viață era să-i smulgă un angajament – un angajament pe care rațiunea și experiența nu îl dădeau ca iminent.

Fiecare din cele trei paciente era implicată într-o relație responsabilă pentru câte o angoasă considerabilă; fiecare realiza că o continuare a relației era distructivă. Fiecare a încercat fără succes să se elibereze; în realitate, aceste încercări inutile au constituit tema majoră a curei fiecăreia. Ce făcea desprinderea atât de dificilă? Ce le ținea atât de puternic sudate de o altă persoană? Un element comun este evident în cazul celor trei, și el a ieșit repede la lumină atunci când le-am cerut să îmi spună ce le venea în minte atunci când se gândeau să se separe de partener.

Bonnie avusese un mariaj de douăzeci de ani cu un soț care lua toate deciziile pentru ea. Era un om care putea face orice și „avea grijă" de ea. Desigur, după cum avea să afle când s-a separat, „a fi în grija" lui îi restrângea dezvoltarea și capacitatea de a-și fi suficientă. Însă era atât de confortabil să știe că avea pe cineva aproape să o protejeze și să o salveze! Bonnie era grav bolnavă și continua să creadă orbește, chiar după zece ani de separare, că soțul era încă „în apropiere", purtându-i de grijă. De fiecare dată când îi ceream să se gândească la viață, fără ca el să fie prezent în ea (și aici mă refer la o prezență simbolică; dincolo de împărțirea mașinii de spălat și câteva coituri mecanice, nu exista nicio prezență adevărată de ani de zile), devenea foarte angoasată. Ce s-ar face în cazul unei urgențe? Pe cine ar putea să sune? Viața ar fi insuportabil de singuratică fără el. Evident, el era un simbol care o ocrotea de confruntarea cu realitatea aspră că nu există nimeni „în apropiere", că „urgența" e inevitabilă și nicio figură, reală sau simbolică, nu o putea preveni.

Ca și Bonnie, Delores era terorizată de ideea că va rămâne singură. Deși soțul său era peste poate de restrictiv, prefera închisoarea propriei căsătorii libertății străzii, cum o spunea ea. Nu ar fi fost decât o marginală, susținea ea, un soldat în armata femeilor degenerate care căutau câte un bărbat ne-

 căsătorit. Simplul fapt că i-am cerut în ședința de terapie să reflecte la separare era suficient să provoace atacuri severe de hiperventilație anxioasă.

Martha și-a lăsat viața să fie guvernată de viitor. Când îi ceream să mediteze la cum ar fi dacă ar renunța la relația cu prietenul indecis, răspundea permanent că singurul lucru care îi venea în minte era că „își va lua singură masa când va avea șaizeci și trei de ani". Când i-am cerut să definească ce înseamnă „angajamentul", mi-a răspuns că acesta reprezintă „asigurarea că nu vei trăi vreodată singur și nici nu vei muri singur". Gândul că va mânca de una singură sau că va merge la film de una singură o umplea de rușine și spaimă. Ce voia de fapt de la o relație? „Să am parte de ajutor fără să îl cer", a spus ea.

Martha era tiranizată de omniprezenta și disperata teamă că va fi singură. Ca mulți pacienți nevrotici, nu trăia realmente în prezent, ci încerca să regăsească în viitor trecutul (altfel spus, legătura confortabilă cu mama). Nevoia și teama Marthei erau atât de mari, încât era limpede că nu va stabili nicio relație mulțumitoare cu un bărbat. Era mult prea înspăimântată de singurătate pentru a renunța la actuala relație deficitară, iar nevoia sa era atât de clară și intensă, că alunga orice partener potențial.

Pentru fiecare din aceste femei, forța ce menținea legătura nu era relația în sine, ci groaza de a rămâne singure; iar ceea ce era de temut cel mai mult la singurătate era absența magicului, puternicului celuilalt care plutește deasupra fiecăruia dintre noi, observând și anticipându-ne nevoile, furnizându-ne câte un scut împotriva destinului morții.

Faptul că o credință într-un salvator suprem poate conduce la relații interpersonale restrictive este ilustrat cât se poate de clar de relația între anumiți adulți și vârstnicii lor părinți. Irene avea patruzeci de ani și, de multă vreme, relațiile sale cu mama deveniseră foarte ambivalente. Mama era ostilă, pretențioasă și deprimată cronic, iar pentru Irene simțea cel mai adesea dispreț și furie intensă. Și totuși, când mama s-a plâns de condițiile în care trăia, Irene a invitat-o să se mute cu ea la celălalt capăt al țării. Deși în acea vreme Irene era în terapie, nu a discutat cu terapeutul invitația înainte de a o adresa mamei. Părea că își dă seama de caracterul autodestructiv al comportamentului său, dar se simțea obligată să meargă înainte și nu dorea să fie descurajată de cineva. La scurt timp după ce mama sa a sosit, Irene a decompensat: suferea puseuri severe de angoasă, insomnii rebe-

le și o acutizare a astmului său. Câtă vreme în cadrul terapiei ne-am îndreptat atenția asupra tacticilor mamei destinate să producă vinovăție, asupra caracterului său intruziv și a înclinațiilor sale veninoase, nu am făcut niciun progres. Acesta avea să survină în momentul în care ne-am îndreptat atenția asupra altei chestiuni – chestiunea crucială pentru înțelegerea multor relații chinuite între adulți și propriii părinți: *de ce era mama importantă pentru Irene*? De ce ar fi fost responsabilitatea și sarcina sa să asigure fericirea mamei? De ce nu se putea despărți de ea?

Când i-am cerut lui Irene să reflecteze la cum ar arăta viața sa în absența mamei, prima asociere a fost interesantă: „Fără mama, nimănui nu-i va păsa ce anume mănânc!" Mama era în preajmă, levitând deasupra umărului său și privind, observând felul în care Irene mănâncă. În plan conștient, prezența mamei o înfuriase întotdeauna pe Irene, însă acum, când privea înăuntru mai în profunzime, mama devenea un element de siguranță. Dacă monitoriza ce mânca, atunci mama va asigura și în alte moduri starea de bine a fiicei. Irene avea nevoie ca mama să fie nu doar vie, ci și viguroasă; semnele de infirmitate, apatie sau depresie ale mamei erau, la un nivel profund, amenințătoare pentru Irene.

Către o perspectivă integrată asupra psihopatologiei

Din rațiuni didactice, m-am îndreptat separat asupra a două moduri de luptă împotriva angoasei morții, oferind câteva schițe paralele ce prezintă forme extreme a două modalități de apărare fundamentale. Însă a sosit momentul să le integrăm. Desigur, majoritatea pacienților nu prezintă tablouri clinice clare și monotematice. În general, nimeni nu construiește o singură apărare puternică, dar izolată, ci încearcă să țină angoasa departe folosind apărări multiple întrețesute. Cei mai mulți se apără în fața angoasei morții prin intermediul unei credințe iluzorii în propria inviolabilitate *și* una în existența unui salvator ultim. Am prezentat până acum cele două mecanisme de apărare într-o relație dialectică; ele sunt extrem de interdependente. *Deoarece* există o ființă omnipotentă care veghează și care este permanent preocupată de bunăstarea noastră, suntem unici și nemuritori, având curajul să ne desprindem din matricea fuzională. *Deoa-*

rece suntem ființe unice și speciale, forțe speciale din univers sunt preocupate de noi. Deși salvatorul nostru suprem este omnipotent, el e, totodată, și servitorul nostru etern.

Otto Rank, într-un profund eseu intitulat „Frica de viață și frica de moarte", a propus o dinamică fundamentală de natură să arunce lumină asupra relației între cele două mecanisme de apărare.[34] Rank era de părere că în fiecare individ există o frică primară, care se manifestă câteodată ca frică de viață, alteori ca frică de moarte. Prin „frică de viață", Rank înțelegea angoasa în fața „pierderii legăturii cu un întreg mai vast". Frica de viață este frica de a avea de înfruntat viața ca o ființă singură, este frica de individuare, de a „avansa", de „desprinderea de natură". În opinia lui Rank, prototipul fricii de viață este dat de „naștere", traumă și separarea originară. Prin „frică de moarte" Rank înțelegea frica de stingere, de pierdere a individualității, de a fi dizolvat într-un tot.

Rank susținea că „Individul pendulează toată viața între aceste două posibilități ale fricii, acești poli ai săi..." El încearcă să se separe, să se individueze, să își afirme autonomia, să avanseze, să își realizeze potențialul. Și totuși vine o vreme când el dezvoltă o teamă de viață. Individuația, emergența sau, cum spun în acest capitol, afirmarea statutului special nu vin gratis; ele implică un sentiment solitar al lipsei de protecție, un sentiment pe care individul îl pune în surdină inversându-și mersul: el va „da înapoi", renunțând la individuare, își va găsi confortul în fuziune, în dizolvare, în dăruirea pentru celălalt. Și totuși confortul este instabil, deoarece și alternativa conduce la frică: renunțarea, stagnarea și, într-un final, nonviața. Individul oscilează pe parcursul existenței între acești doi poli ai fricii, între frica de viață și frica de moarte.

Deși paradigma mea bazată pe ideile statutului special și al salvatorului suprem nu este identică dialecticii frică de moarte-frică de viață a lui Rank, se suprapune parțial peste ea. Polii fricii propuși de Rank corespund îndeaproape limitelor inerente mecanismelor de apărare pe care le-am descris. „Angoasa vieții" se ivește din apărarea caracterului special: este prețul plătit pentru desprinderea de natură și renunțarea la protecție. „Angoasa de moarte" este prețul fuziunii: când cineva renunță la autonomie, se pierde pe sine și suferă un fel de moarte. Oscilăm: mergem într-o

direcție până când angoasa întrece alinarea oferită de apărare, punct în care ne întoarcem.

Oscilația poate fi demonstrată grație materialului clinic pe care l-am prezentat deja. Să ne gândim la Lena, care evita angoasa alegând încremenirea în adolescență. Căuta permanent să fuzioneze cu un salvator. Și totuși era înspăimântată de propria situație: se agăța de alții, dar se răscula cu încăpățânare împotriva lor. Jinduia să fie aproape de cineva; totuși, atunci când apropierea îi era oferită, fugea. O bună parte din energia sa părea direcționată către evitarea „angoasei vieții" cu schimbarea și dezvoltarea legate de ea. Căuta pacea, confortul și siguranța; totuși, când le-a dobândit, a fost copleșită de angoasa de moarte: îi era groază de somn și nemișcare, iar pentru a le evita, se implica în activități frenetice –, de pildă, conducea fără o direcție anume noaptea.

La fel și în cazul lui Karen care era masochistă și era pregătită să se autodistrugă pentru îmbrățișarea mea. Însă și ea era mult prea înfricoșată de obiectivul său. Fuziunea cu un altul însemna confort și siguranță, dar însemna și pierderea de sine. Unul dintre poemele sale ilustrează limpede dilema sa:

Vreau să mă scutur ca un câine de apă
Să mă eliberez de influența ta.
Eram prea liberă cu tine,
Te-am lăsat prea aproape de inimă,
Și te-ai lipit precum carnea de metalul înghețat.
Încălzește-te de la mine și eliberează-mă.
Singură de m-aș elibera, ar trebui să îmi rup carnea,
Să îmi fac răni care nu se vor vindeca.

Asta e ce vrei de la mine?

Oscilația individuare–fuziune este adesea foarte de clar vizibilă în sesiunile de terapie familială în care problemele majore se centrează în jurul preparativelor adolescentului de a părăsi căminul familial. O astfel de familie, căreia i-am oferit tratament, era cea a lui Don. Acest pacient, în vârstă de nouăsprezece ani, era în mod evident sătul de controlul exercitat de părinți asupra vieții sale. Printre eforturile sale spasmodice de in-

 dependență se regăsea insistența sa ca părinții să nu se implice în alegerea *facultății sau în procesul de admitere. Totuși, a ezitat multă vreme dacă* să dea sau nu la facultatea pe care o voia și, până la urmă, s-a decis să stea acasă, urmând să frecventeze o școală postliceală locală.

Continuarea prezenței lui Don în casă a condus la un mediu familial haotic. Era extrem de ambivalent cu privire la libertate. Deși extrem de sensibil la orice inițiativă a părinților ce ar fi putut sugera o limitare a acțiunilor sale, solicita voalat, dar neîndoielnic, să fie restricționat: continua să asculte muzică la un volum asurzitor până noaptea târziu; a cerut să-i fie permisă utilizarea mașinii familiale, dar demara ca din țeava puștii, cu cauciucurile scrâșnind pe asfalt și, adeseori, se întorcea cu un rezervor suficient de golit ca tatăl său să nu mai poată ajunge cu mașina la benzinărie. Cerea bani pentru a se întâlni cu fete și „din nebăgare de seamă" lăsa prezervative în dulap, astfel încât să poată fi găsite de părinții săi, mormoni riguroși.

Don insista asupra libertății personale, dar nu și-o acorda. De nenumărate ori, a plecat furios de acasă pentru a se adăposti la prieteni câteva zile, dar nu a încercat niciodată în mod serios să se mute în propriul apartament. Părinții săi erau înstăriți, însă nu i-ar fi lăsat să îi plătească chiria, dar nici el nu ar fi plătit-o. (Avea bani suficienți pentru că își luase o slujbă în timpul verii, însă refuza să îi cheltuie, deoarece voia să economisească pentru vremurile când va avea „realmente" nevoie de ei!) Deși Don jinduia și se lupta pentru propria libertate, el le transmitea pe de altă parte părinților săi: „Sunt imatur, iresponsabil, aveți grijă de mine, însă faceți-vă că nu v-am rugat".

Părinții lui Don nu erau câtuși de puțin spectatori dezinteresați ai dramei fiului. Don era copilul cel mai mare; plecarea sa de acasă însemna o piatră de hotar în ciclul vieții părinților. Mai ales tatăl lui Don se simțea amenințat. Acesta era un individ extrem de dependent de muncă, cu un spirit al competiției foarte dezvoltat: scotea la lumină caracterul iluzoriu al proiectului său de statut special. Pentru el, plecarea lui Don semnifica diminuarea personală, începerea unei etape noi, dar mai puțin vitale din existența sa; semnifica schimbarea și declinul, iar mai departe moartea. Mama lui Don, care își construise identitatea ca mamă și femeie a casei, se simțea și ea amenințată de plecarea lui Don. Se temea de singurătate și de pierderea sensului în viață. Ca atare, în modul cel mai subtil, părinții

îi împiedicau lui Don dezvoltarea; îl pregăteau pentru viață ca adult autonom (nu-i oare acesta scopul oricărui părinte bun?) și totuși, *sotto voce* îi cereau: „Nu crește, nu ne părăsi, rămâi tânăr veșnic, și la fel vom rămâne și noi".*

Un alt individ care oscila între desprindere și fuziune era Rob, un om de afaceri de succes, în vârstă de treizeci de ani, care mă consultase din cauza tendințelor sale de travestire. Se îmbrăcase în haine femeiești încă din adolescență, întotdeauna în privat, iar tiparul fusese până în acel moment ego-sintonic, adică pornirea părea să provină chiar dinăuntrul său – travestirea îi furniza multă plăcere, iar el dorea să se travestească. Totuși, recent, comportamentul său părea să fi scăpat de sub control. Era frecvent angoasat și conștient de faptul că *trebuia* să se travestească pentru a diminua angoasa. Simptomul mergea chiar mai departe: dorea ca el să apară în public îmbrăcat ca o femeie; dorea să își radă toată pilozitatea corporală (lucru pe care l-a făcut) și, mai apoi, să își taie penisul și să devină femeie. De aceea, era angoasat indiferent de alternativă: angoasat dacă nu se travestea, angoasat dacă o făcea.

Îndeobște, psihoterapeuții înțeleg pacientul travestit pornind de la premisa că perversiunea sexuală este o încercare de a preveni angoasa castrării. Simptomul travestirii îndeplinește două funcții: reprezintă o castrare simbolică (altfel spus, persoana este deja castrată și nu mai are a se teme de atac) și, totodată, permite individului un anumit grad de satisfacție genitală. În cazul lui Rob, paradigma avea o oarecare putere explicativă. A clarificat, spre exemplu, de ce putea să se masturbeze doar îmbrăcat în haine femeiești și închipuindu-se femeie. Și totuși ea lăsa multe aspecte neexplicate, loc unde paradigma existențială a permis o perspectivă mai largă asupra comportamentului lui Rob.

Fanteziile lui Rob erau arareori explicit sexuale. În general, se imagina ca o femeie lăudată și admirată de un grup de femei care o acceptau în cercul lor; îl acceptau pentru felul cum arăta sau doar pentru personalitatea sa, dar nu îi cereau să facă nimic anume. Dorea să se piardă printre

* În general, o dinamică similară poate fi găsită la familiile unde copilul suferă de o fobie având ca obiect școala. W. Tietz prezintă câteva cazuri de teamă de moarte care era efectul unei fobii de acest gen: copilul încearcă să se apere de angoasa de moarte refuzând să se despartă de familie; familia, din cauza ambivalenței în materie de educare a autonomiei copilului, dă și ea o mână de ajutor simptomului.[35]

 ele, să fie una dintre ele, să devină asistentă, femeie în casă sau dactilografă. A comentat că lucrul care i se părea important nu era să se prefacă; era prea sătul de stresul care îi revenea ca bărbat – de a concura, de a se apăra, de a se lupta, de a-și demonstra priceperea.

Travestirea ascundea o preocupare intensă pentru frica de moarte. Mama lui Rob murise încet și dureros ca urmare a unui cancer atunci când el era adolescent și, timp de mai mult de paisprezece ani, el a continuat să viseze la ea. Travestirea era un simbol al fuziunii cu mama și cu toate femeile și inhibase mai toată viața sa angoasa individuației. Rob ținea întotdeauna sus, și deja își depășise tatăl de ceva vreme, dar în acest mod a trebuit să se confrunte cu ceea ce Rank numea „frica de viață". Rob răspundea angoasei individuării cu o viață fantasmată în care fuziunea prin intermediul mecanismului travestirii era tema dominantă. Totuși, mecanismul de apărare prin travestire nu mai era eficace; evoca prea multă „teamă de moarte", iar Rob era terifiat că fantasmele vor prelua controlul și că va trebui să se piardă în acea fuziune.

Încercarea de a calma angoasa individuării prin fuziunea sexuală e una comună. Bărbatul de succes care se dedică total puterii, reușitei în viață, desprinderii de masele omogene și construirii unui renume va trebui să se confrunte cu lipsa de protecție din solitara individuare. Adesea, acest punct este atins în timpul unor călătorii de afaceri. Când individul muncitor nu își mai poate canaliza energiile și atenția către muncă, va trebui să-și încetinească ritmul într-un loc nefamiliar și astfel să aibă adesea experiența unei singurătăți și neliniști teribile. El caută sexul, și nu îmbrățișarea plină de dragoste din partea unei femei (i-ar trezi temeri că s-ar putea pierde): caută sexul manipulativ, o unire sexuală care să îi permită să își controleze viața în continuare și să își limiteze conștientizarea, dar care să ofere o diminuare a izolării și a angoasei morții subiacente. Relația este, desigur, o șaradă; la un nivel profund, individul își recunoaște modul inautentic în care se întâlnește cu celălalt. Vinovăția care ia naștere se alătură angoasei, conducând la o izolare și o agitație mai mari și la nevoia unei alte femei, câteodată doar la câteva minute după părăsirea celei dintâi.

Activitatea sexuală ca mod de calmare a angoasei morții poate fi adesea observată în cadru clinic. Patricia McEleveen-Hoehn a relatat o serie de astfel de incidente: femeia conservatoare în materie de sexualita-

te care se întoarce acasă pentru înmormântarea unui părinte sau a unei rude apropiate și care ia cu ea diafragma, angajându-se în mod neobișnuit pentru ea în relații sexuale cu un străin sau cu un prieten la întâmplare; bărbatul care a avut probleme cardiace severe, dar care, în drumul spre spital, mângâie sânii nevestei și se gândește la sex; sau bărbatul care, în vreme ce un copil îi moare de leucemie, devine extrem de promiscuu.[36]

Un alt exemplu clinic este furnizat de Tim, un pacient de treizeci de ani a cărui nevastă urma să moară de leucemie. Tim a început terapia nu din cauza durerii acute, ci din cauza unui grad alarmant de grijă și compulsivitate sexuală. Înainte ca soția să se îmbolnăvească, dusese o viață monogamă; însă, pe măsură ce ea se apropia de moarte, a început să devină un client compulsiv al cinematografelor pornografice și al barurilor pentru celibatari (riscând puternic să fie dat în vileag). Se masturba de câteva ori pe zi, adesea când era în pat cu soția sa muribundă. În seara înmormântării soției a apelat la o prostituată. Durerea lui Tim și teama de propria moarte erau ușor de văzut sub compulsivitatea sexuală. Visele sale, pe care le voi reda în capitolul următor, oferă dovezi clare cu privire la astfel de preocupări.

Un exemplu frapant de relație între sex și moarte a fost cel din cazul unei paciente ce avea un cancer cervical extins și neoperabil. În pofida durerii și slăbirii evidente, avusese un număr mare de relații, mai multe chiar decât atunci când fusese tânără. Bărbații pe care-i avea abordau moartea contrafobic. Spuneau că erau euforici, deoarece fuseseră de aproape de o cotitură în viață sau, cum o spunea cineva, de „măruntaiele pământului". Cred că erau fericiți deoarece s-au apropiat mult de moarte, dar i-au dat cu tifla și au rămas neatinși și nevătămați. Pacienta avea o motivație diferită: în pofida unei dureri pelviene intense, ea avea o dorință puternică să facă sex. Era atât de aproape de capătul vieții și atât de înspăimântată de singurătatea morții, încât fusese copleșită de nevoia de a fuziona cu o altă persoană. Ellen Greenberger a studiat femei cu cancer terminal și, pe baza testelor TAT, a raportat o incidență semnificativă a temelor sexuale ilicite.[37]

Sarcina de a-și satisface ambele nevoi – de separare și autonomie, dar și cea de protecție și fuziune – ca și confruntarea cu moartea universală dă naștere pe tot parcursul vieții unei dialectici care ne guvernează

 lumea interioară. Este o sarcină care ne revine din primele luni de viață, când copilul, aflat întâi într-o fuziune a simbiozei cu mama (iar mai apoi într-o dependență emoțională permanent în scădere), pentru a-și dezvolta un sentiment de identitate, de completitudine și separare, trebuie să se desprindă și să se diferențieze de mamă – o sarcină pe care Margaret Mahler o numea „separare-individuare".[38]

Costul adaptării nevrotice

Încercarea de a scăpa de angoasa de moarte stă în centrul conflictului nevrotic. Comportamentul devine „nevrotic" atunci când este extrem și rigid; iar hipertrofia oricăruia din mecanismele de luptă împotriva morții conduce, după cum am văzut, la o formă de adaptare nevrotică. Stilul de viață al nevroticului este o consecință a fricii de moarte; dar, câtă vreme limitează abilitatea de a trăi spontan și creativ, apărarea împotriva morții este ea însăși o moarte parțială. Este ceea ce Rank voia să spună când afirma că nevroticul refuză împrumutul vieții pentru a fi scutit de datoria morții: își cumpără libertatea în fața temerii de moarte printr-o distrugere parțială cotidiană.[39]

Însă autolimitarea nu este ultimul tribut plătit adaptării nevrotice. Pentru că se simte vinovat, individului nevrotic nu îi sunt date gratuit nici măcar rămășițele propriei vieți. În mod tradițional, vina este definită ca sentimentul care ia naștere în urma unei transgresiuni reale sau imaginare împotriva altuia. Kierkegaard[40], iar mai apoi Rank și Tillich[41] au atras atenția asupra unei alte surse de vinovăție – păcatul împotriva propriei persoane, eșecul de a trăi așa cum ți-a fost stabilit. După cum scria Rank, „atunci când ne protejăm... împotriva unei vieți prea intense sau prea extravagante, ne simțim vinovați pentru viața necheltuită, irosită".[42] Refularea este deci o sabie cu două tăișuri; furnizează siguranță și calmează angoasa, dar, în același timp, conduce la restricționarea vieții și la o formă de vinovăție, pe care o vom numi în continuare „culpă existențială". În capitolul 6 voi explora culpa existențială în profunzime.

Până aici am discutat adaptările nevrotice în fața angoasei morții. Aș dori în acest moment să mă întorc pe scurt la examinarea unor apărări fragmentare împotriva angoasei morții din cadrul schizofreniei.

Schizofrenia și frica de moarte

Deși dovezile că multe forme de schizofrenie posedă o importantă componentă biochimică sunt din ce în ce mai multe, nu putem nega că schizofrenia este o experiență umană tragică – una care poate fi înțeleasă atât pe orizontală (istoric), cât și pe verticală (fenomenologic). Vom avea de a face cu presiuni strivitoare în dezvoltare, care au contribuit la nașterea punctului de vedere asupra lumii al pacientului schizofren, ce ajunge să locuiască într-o lume experiențială terifiantă și haotică.

Poate niciun terapeut contemporan nu a făcut eforturi mai concertate și mai eroice de a înțelege și explica lumea pacientului schizofren precum Harold Searles, care a tratat pacienți cu psihoze severe timp de mai mulți ani la Chestnut Lodge, în Rockville, Maryland. În 1958, el a scris un articol extrem de profund, dar neglijat, intitulat „Schizofrenia și inevitabilitatea morții", care consemnează punctele de vedere asupra psihodinamicii pacientului schizofren. Teza lui Searles este rezumată de următorul fragment:

> *Evidenta și prozaica inevitabilitate a morții este de fapt una dintre cele mai puternice surse de angoasă, iar răspunsurile emoționale la acest aspect al realității sunt printre cele mai intense și mai complexe pe care le putem avea. Mecanismele de apărare ale maladiei psihice, inclusiv cele care în schizofrenie pot să ne pară adesea exotice, tind să-l facă pe individ să nu își mai dea seama – ca în cazul altor aspecte generatoare de angoasă ale realității interne și externe – de faptul simplu al propriei finitudini.*[43]

Searles susține că dinamica pacientului schizofren, ca și cea a pacientului nevrotic, pot fi pe deplin înțelese doar din punctul de vedere al răspunsurilor pacientului la inevitabilitatea morții sale. Evident, apărarea pacientului schizofren e mai ciudată, mai extremă și mai handicapantă în comparație cu cea a pacientului nevrotic. În plus, pacientului schizofren îi este dată o experiență de viață mult mai devastatoare în primii ani decât pacientului nevrotic. Însă natura existențială a realității umane ne înfrățește pe toți. Deși magnitudinea amenințării sau caracteristicile răspunsului diferă, finitudinea umană torturează atât schizofrenul, cât și nevroticul. Searles explică strălucit situația:

Cu siguranță, schizofrenia poate fi considerată ca un rezultat al experiențelor ciudate și deformate din trecut, cu precădere din primii ani ai vieții, însă credem că, la fel de bine, și chiar mai util din punct de vedere clinic, ea poate fi considerată drept un recurs la anumite mecanisme de apărare dobândite devreme, dar care sunt aplicate unor surse actuale *de angoasă. Dintre acestea, niciuna nu e mai puternică decât datul existențial al finitudinii vieții. În esență ipoteza este aici, așadar, că schizofrenia poate fi privită, ceea ce e un punct de vedere printre altele posibile, ca un efort intens de îndepărtare sau negare a acestui aspect al situației umane.*

Autorul dorește să spună cât se poate de limpede că, din experiența sa, faptul inevitabilității morții are mai mult decât o relație tangențială cu schizofrenia. Altfel spus, nu este vorba ca pacientul, pe măsură ce scapă de schizofrenie, să își îndrepte atenția către acel dat inevitabil al vieții, anume că are un sfârșit – care anterior sălășluia inert la periferia sau chiar dincolo de orizontul accesibil. Din contră, activitatea clinică a autorului a indicat că relația este una mult mai importantă. Ea ține mai degrabă de modul în care pacientul a devenit și a rămas în timp schizofrenic pentru a evita confruntarea *(iar aici referința e dată desigur de scopurile parțial sau total* inconștiente*) cu faptul că viața e finită și cu alte aspecte ale realității interne sau externe.*[44]

Istoriile de caz tradiționale ale pacienților schizofrenici au insistat permanent asupra primilor ani ai unei copilării sumbre și conflictuale, ca și asupra patologiei severe din mediul familial. Însă cum ar sta lucrurile dacă *adevărata* istorie de caz a pacienților, istoria de caz existențială, ar fi scrisă? O parte din examinarea psihiatrică include o cercetare a stării mentale în care intervievatorul încearcă să descopere dacă pacientul se orientează în timp, cu privire la locație și la persoană. Searles construiește un răspuns ipotetic al pacientului după ce a fost realmente „orientat":

Sunt Charles Brennan, un om care acum, adică pe 15 aprilie 1953, are 51 de ani; trăiesc aici, în Chestnut Lodge, un spital psihiatric din Rockville, în Maryland; în ultimii opt ani mi-am dus viața într-o serie de spitale; am fost grav bolnav timp de 25 de ani de o maladie mentală care mi-a răpit orice speranță rea-

listă, dată fiind vârsta mea actuală, de a mă căsători și a avea copii, și care probabil mă va face să rămân spitalizat pentru tot restul zilelor. Sunt un om care odată era membrul unei familii formate din doi părinți și șapte copii, dar care, pe parcursul mai multor ani, a avut parte de o serie de tragedii distrugătoare. Cu mulți ani în urmă, mi-a murit mama, care suferea de multă vreme de o maladie mentală; unul dintre frații mei, a dezvoltat din tinerețe o boală mentală care a necesitat spitalizarea; un alt frate s-a sinucis; un altul a fost ucis în luptă în al Doilea Război Mondial; iar un al treilea a fost recent asasinat, la apogeul carierei sale juridice de un client deranjat mental. Părintele care îmi mai rămâne, tatăl meu, este bătrân acum și departe de ceea ce a fost odată, un om puternic, iar moartea nu îi poate fi departe.[45]

Există ceva impresionant și șocant cu privire la această istorie de caz, însă e poate și mai șocant să înțelegem că pentru fiecare pacient poate fi scrisă o istorie de caz la fel de tragică – una care nu se focalizează pe dezvoltarea timpurie, educație, serviciul militar, relațiile de obiect, practicile sexuale, ci pe faptele existențiale.

Searles a relatat terapia unei paciente aflată în plină eflorescență a psihozei, pe care a îngrijit-o timp de mai mulți ani. La început, pacienta a manifestat „o bogăție de dovezi cu privire la existența unui sistem delirant extrem de detaliat, fascinant de exotic și complex, extrem de puternic apărat, saturat cu tot felul de concepte oribile, care pornesc de la brutalitatea sălbatică și sfârșesc în vrăjitorie și complexe mașinațiuni SF". Deși experiențele din lumea pacientei erau teribile, Searles spune că arăta o preocupare redusă pentru acele lucruri ce provoacă groază tuturor oamenilor, cum ar fi boala, bătrânețea sau inevitabila moarte. Ea le trata cu o negare masivă și explicită: „Nu e niciun motiv pentru ca pe lume să existe astăzi vreo persoană nefericită sau abătută; au antidoturi pentru orice... oamenii nu mor, ci sunt pur și simplu «schimbați», mutați dintr-un loc în altul sau sunt transformați fără să bage de seamă în eroi de film".

După trei ani și jumătate de psihoterapie, pacienta a început să dezvolte un punct de vedere asupra vieții bazat pe realitate și să accepte că viața – inclusiv cea a a omenilor – este limitată. Lunile de dinainte de conștientizarea finitudinii au fost marcate de o intensificare disperată a apărărilor delirante împotriva recunoașterii evitabilității morții:

Ajunsese să își petreacă mai tot timpul culegând frunze căzute și ocazional păsări și mici animale moarte, pe care le căuta ore în șir, pentru ca, mai apoi, să cumpere tot felul de articole de la magazinele din localitatea din apropiere, cu care încerca prin tot felul de proceduri de tip alchimic să readucă cumva la viță creaturile moarte. De multe ori, ședințele terapeutice erau ținute în afara spitalului; terapeutul era așezat pe o bancă, în vreme ce ea își continua căutarea cât ziua de lungă prin gazonul din jur.

Însă pe măsură ce lunile se scurgeau, către sfârșitul perioadei de negare a morții, a început să exprime din ce în ce mai mult un sentiment de disperare ce acompania această activitate. Într-o zi de toamnă, în timpul ședinței când pacienta și terapeutul stăteau pe bănci apropiate și priveau amândoi spre gazonul plin de frunze, ea a lăsat să se înțeleagă, mai ales prin mijloace nonverbale, că era cuprinsă de melancolie, duioșie și părere de rău. A spus cu lacrimi în ochi, pe un ton resemnat ca în fața unui fapt care pur și simplu trebuie acceptat: „Nu pot transforma frunzele în oi, de pildă". Terapeutul a răspuns: „Probabil realizezi că lucrurile stau la fel cu oamenii, adică și oamenii, ca și frunzele sfârșesc în moarte". Ea a aprobat din cap.

Această acceptare a marcat începutul unui progres terapeutic solid. Pacienta a renunțat treptat la modalitatea sa de apărare împotriva morții: credința în propria omnipotență și invulnerabilitate. Ea și-a dat seama:

... că nu era Dumnezeu..., că suntem, ca ființe omenești, muritoare... Aceasta a pus în lumină prăbușirea fundamentelor maladiei sale schizofrenic-paranoide, o maladie care o făcuse să creadă, de pildă, ani de zile că ambii săi părinți sunt încă în viață.[46]

Deși mecanismele de apărare ale pacientei, ca și ale celorlalți schizofrenici descriși de Searles, sunt extrem de primitive, ele sunt totuși analogice tiparelor defensive ale pacienților nevrotici. De pildă, pacientul paranoid manifestă prin intermediul delirului de grandoare și omnipotență una dintre modalitățile de fugă din fața morții – credința în propriul statut special și în propria nemurire.

Mulți pacienții schizofrenici, dacă nu toți, sunt incapabili să-și trăiască pe deplin viața. Fără îndoială, devitalizarea este o consecință a refulării globale care afectează pacientul schizofrenic, însă poate servi, sugerează

Searles, un scop defensiv suplimentar: a fi „mort" poate proteja pacientul de moarte. O moarte limitată e preferabilă uneia reale. Nu trebuie să ne mai fie frică de moarte, din moment ce suntem deja morți.

Însă cu toții trebuie să înfruntăm moartea. Dacă frica de moarte este o dinamică esențială pentru schizofrenie, atunci va trebui să explicăm de ce pacientul schizofrenic este învins de această frică universală. Searles sugerează câteva motive.

Înainte de toate, angoasa confruntării cu moartea este infinit mai mare în cazul celor care nu au cunoașterea revigorantă a completitudinii personale și a participării la viață. Searles scrie că „omul nu poate îndura confruntarea cu perspectiva propriei morți până nu are experiența vieții depline, iar schizofrenicul nu a trăit încă pe deplin".[47] Norman Brown, în extraordinara sa carte *Life Against Death* [*Viața împotriva morții*], face o afirmație similară: „Doar cine poate afirma nașterea poate afirma moartea... Oroarea morții este oroarea de a fi murit cu viața încă netrăită în trup".[48] (Această teză, că angoasa de moarte este amplu potențată de eșecul în viață, posedă implicații considerabile pentru terapie, și va fi discutată în capitolul următor.)

Un al doilea motiv pentru care schizofrenicul este depășit de angoasa de moarte e că a suferit pierderi enorme prea devreme în dezvoltarea sa pentru a putea să le integreze. Din cauza eului imatur, pacientul reacționează patologic la aceste pierderi, de regulă prin consolidarea ideii infantile a omnipotenței subiective, care ajută la negarea pierderii (pierderea nu poate fi suferită dacă ești totuna cu lumea în întregime). Astfel, incapacitatea din trecut de a integra pierderile face pacientul incapabil să integreze în prezent perspectiva celei mai mari dintre pierderi – cea a propriei persoane și a tuturor cunoscuților. Principala protecție împotriva morții pacientului este deci un anumit sentiment al omnipotenței, element-cheie în schizofrenie.

O a treia sursă pentru o angoasă a morții puternică e natura relației timpurii cu mama – o uniune simbiotică din care pacientul nu s-a desprins niciodată, dar în care continuă să oscileze între o fuziune totală și lipsa oricărei legături. Experiența pacientului de relaționare cu mama nu este lipsită de asemănări cu un câmp magnetic: apropierea prea mare va face să fie înghițit, iar o distanță prea mare înseamnă dispariția în neant. Pentru a dura, relația simbiotică *necesită ca niciuna dintre părți să nu își* rea-

 lizeze completitudinea: fiecare are nevoie de celălalt pentru a deveni un tot. E motivul pentru care pacientul nu descoperă niciodată sentimentul completitudinii necesar experienței totale a vieții.

În plus, pacientul schizofrenic percepe relația simbiotică drept absolut necesară supraviețuirii: pacientul are nevoie de protecție împotriva amenințărilor la adresa relației; iar printre aceste amenințări niciuna nu e la fel de periculoasă precum ambivalența sa (dar și a mamei). Copilul are sentimentul unei neputințe profunde atunci când simte ură la adresa persoanei pe care o iubește cel mai mult. El se simte neputincios și când se gândește că una și aceeași persoană îl iubește și îl urăște foarte intens. Acest sentiment de neputință impune întreținerea continuă a fantasmei propriei omnipotențe, normală doar în copilărie. Nimic nu e mai distrugător pentru ideea omnipotenței personale ca o acceptare a inevitabilității morții, iar pacientul schizofrenic se agață cu disperare de această negare a morții.

O paradigmă existențială a psihopatologiei: date empirice

În acest capitol, voi susține că, deși negarea morții este ubicuă și că modurile în care moartea este negată de fiecare sunt extrem de variate, există două vehicule importante pentru negare: credința într-un salvator suprem și cea în statutul special al propriei persoane. Aceste modalități de apărare apar devreme în viață și influențează puternic structura caracterului. Cine crede cu tărie într-un salvator final (și caută fuziunea, contopirea sau încastrarea) va căuta putere în afara sa; va adopta o poziție subordonată și rugătoare față de alții; își va refula agresivitatea; va prezenta înclinații masochiste; și poate cădea într-o depresie profundă la pierderea persoanei dominante. Individul axat pe statut special și pe inviolabilitate (și care caută desprinderea, individuarea, autonomia sau separarea) poate fi narcisic; adesea este un individ care urmărește compulsiv reușita; va fi înclinat să își direcționeze agresiunea în afară; va fi capabil de încredere în sine până la punctul în care va respinge ajutorul necesar și bine-venit din partea altora; poate refuza cu duritate fragilitatea și limitarea proprie sau a altora; și este probabil să manifeste tendințe expansive, adesea de grandoare.

Nu există nicio dovadă empirică pentru existența unei astfel de dialectici încastrare-desprindere, însă nu există nici pentru alte paradigme psihopatologice, fie ele propuse de Freud, Sullivan, Horney, Fromm sau Jung: paradigmele clinice apar întotdeauna intuitiv, dar sunt justificate și validate grație utilității clinice. Totuși, constructe analoage cu privire la personalitate au fost propuse și studiate în paralel cu alte două programe de cercetare: cercetarea de laborator asupra stilurilor cognitive și cercetarea personalității cu privire la locul controlului.

Stilurile cognitive

Herman Witkin a identificat în 1949 două moduri perceptuale de bază – dependența și independența de câmpul perceptiv – care par analoage organizării personalității în jurul ideii salvatorului suprem și a ideii statutului special.[49] În cadrul modului „dependent de câmpul perceptiv" (analog „salvatorului suprem"), percepția individului este puternic dominată de organizarea globală a câmpului perceptiv. În modul „independent de câmpul perceptiv" (analog „statutului special"), părți ale acestui câmp sunt experimentate separat. Numeroase investigații au demonstrat că dominația unuia sau altuia din modurile perceptive este o caracteristică omniprezentă și constantă a funcționării individului. Într-un areal vast de sarcini perceptive* individul dependent de câmpul perceptiv nu este capabil să distingă prim-planul de contextul ce îl înconjoară, în vreme ce individul independent de câmp nu are dificultăți în astfel de sar-

* Există numeroase experimente perceptuale care pot fi folosite pentru a demonstra acest fenomen. Spre exemplu, în testul de ajustare a poziției corporale, un individ este plasat într-un scaun care poate fi înclinat către dreapta sau stânga, iar scaunul este așezat într-o cameră mică ce poate și ea fi înclinată către dreapta sau stânga. Subiectului i se cere să stea drept în raport cu direcția gravitației în vreme ce camera este înclinată. Indivizii dependenți de câmpul perceptiv nu sunt capabili să se separe de poziția camerei în care se găsesc. Cu alte cuvinte, în cazul în care camera este înclinată, se vor înclina și ei după ea și vor raporta că sunt drepți, deși corpurile lor obiectiv pot fi înclinate chiar cu mai mult de patruzeci și cinci de grade. Indivizii independenți de câmpul perceptiv vor fi capabili să își ajusteze poziția corpurilor aproape de adevărata verticală, independent de poziția camerei. Astfel, indivizii dependenți de câmp par a manifesta o fuziune între corp și domeniu, în vreme ce indivizii independenți de câmp par a avea un simț al separării propriului corp de fundal.
Într-un experiment analog, individului i se arată o baghetă luminoasă și o ramă (singurele obiecte vizibile în camera întunecată) și i se cere să plaseze bagheta în poziție verticală indiferent de înclinarea ramei. Testul figurilor încastrate solicită individului să studieze anumite desene complexe în care sunt incluse figuri individuale mai simple. Indivizii dependenți de câmpul perceptiv nu pot percepe figura simplă, în vreme ce, pentru individul independent figura, este evidentă în interiorul desenului.

 cini. Astfel, testele demonstrează o tendință stilistică a individului care, cum se va dovedi, nu se limitează la percepție, ci este un stil cognitiv omniprezent, care se manifestă în activitățile intelectuale ale individului, în concepția asupra corpului și în sentimentul unei identități aparte.

Activitățile intelectuale. Individul dependent de câmpul perceptiv are performanțe mai reduse în comparație cu cel independent de câmp în rezolvarea problemelor care necesită izolarea unui element central în raport cu un context. Astfel de tendințe poartă numele de „stiluri cognitive". Există o tendință consistentă ca, la o extremă, experiența să fie globală și difuză, iar la cealaltă să fie conturată și structurată. Witkin numește acești poli ai stilului cognitiv „global", respectiv „articulat". E important totuși să subliniem că lumea nu e populată de două tipuri de ființe: scorurile în materie de stiluri cognitive arată o distribuție continuă mai degrabă, decât una polarizată.

Imaginea corporală. Stilurile individuale influențează nu doar ceea ce e perceput „în exterior", ci influențează și experiența interioară. Teste ale imaginii corporale (de pildă, cele în care se cere subiecților să deseneze o persoană) sugerează cu tărie că modul în care individul își percepe corpul se corelează bine cu performanța măsurată de testele cognitive și de percepție. Indivizii cu un stil dependent de câmp („global") oferă puține detalii, produc reprezentări nerealiste ale proporțiilor și ale părților corpului, și fac puține eforturi de a reprezenta rolurile sexelor; indivizii independenți de câmp („articulați") oferă reprezentări clare ale proporțiilor și diferențelor între sexe.

Identitatea. Persoanele cu un stil cognitiv independent de câmp demonstrează un simț dezvoltat al identității: altfel spus, conștientizează nevoile, sentimentele și atributele pe care le recunosc drept fiind ale lor și pe care le identifică drept diferite de ale altora. Indivizii cu un stil cognitiv dependent de câmp se bazează în schimb pe surse externe pentru a-și defini atitudinile, judecățile, sentimentele și alte puncte de vedere asupra propriei persoane.* De exemplu, studiile au demonstrat că o persoană

* Un individ dependent de câmpul perceptiv plasat într-o situație autocinetică își schimbă judecata cu privire la mișcarea unui punct de lumină în funcție de sugestiile unui coparticipant la experiment care a primit anumite instrucțiuni. (Situația autocinetică le cere indivizilor să privească la un punct de lumină nemișcat într-o cameră întunecată și să estimeze cât de mult s-a mișcat acest punct de lumină. Lumina în sine nu se mișcă, dar individul poate fi mai mult sau mai puțin influențat de estimările subiecților din experimente, ale coparticipanților care îl preced în experiment.)

dependentă de câmp privește la figura unui examinator adult mult mai frecvent decât unul independent de câmp. În plus, persoanele dependente de câmp sunt mai abile în ceea ce privește recunoașterea figurilor acelora pe care i-au văzut deja și visează mult mai des lucruri legate de relația cu experimentatorul.

Stilurile cognitive și negarea morții. Individul definit experimental ca „dependent de câmp" seamănă îndeaproape individului orientat către un salvator ultim, așa cum e el circumscris de experiența clinică; persoana „independentă de câmp" seamănă persoanei orientate de credința în propriul statut special. Dialectica dependenței și independenței de câmp este în întregime derivată din studiile asupra percepției și funcțiilor cognitive și este goală de conținut subiectiv. Susțin că dialectica existențială descrisă aici este legată de dialectica empirică în același mod în care „angoasa" este legată de reacția galvanică a pielii: dialectica existențială furnizează un sens personal, o experiență fenomenologică a individului caracterizat de aceste stiluri cognitive. Aș dori să împing analogia mai departe și să compar legătura între stilul cognitiv și psihopatologie cu observațiile făcute anterior în acest capitol cu privire la psihopatologia asociată cu fiecare din mecanismele de apărare importante împotriva angoasei morții.

Psihopatologie și stiluri cognitive. Stilul cognitiv al individului este îndeaproape legat de „alegerea" mecanismelor de apărare și de forma de psihopatologie. Dependența sau independența de câmp este un continuu la ale cărui extreme se dezvoltă psihopatologia; în plus, patologia ia forme destul de diferite la cele două extreme.

Un individ dependent de câmp cu tulburări de personalitate este predispus la probleme de identitate severe, cu simptome adesea considerate ca revelatoare ale unor probleme profunde de dependență, pasivitate și neajutorare. Mai multe studii indică faptul că un astfel de individ are simptome legate de lipsa de dezvoltare a „unui simț al identității distincte", cum ar fi alcoolismul, obezitatea, personalitatea inadecvată, depresia, ca și reacții psihosomatice (de pildă, astmul). Pacientul psihotic e mai predispus la halucinații în comparație cu cel independent de câmp, care este mai înclinat spre delir.[50]

Un individ independent de câmpul respectiv care dezvoltă o patologie este mai probabil să manifeste agresiune externă, delir, idei expansive și

 euforice de grandoare, sindroame paranoide și structuri de caracter compulsive.

Observații interesante au fost făcute cu privire la diferențele între persoanele independente și cele dependente de câmpul perceptiv care vin la psihoterapie. Diferența fundamentală se centrează în jurul transferului. Așa cum se poate anticipa, un pacient dependent de câmp tinde să „fuzioneze" cu terapeutul, în vreme ce unul independent este mai înclinat spre prudență în construcția relației cu acesta. Un pacient independent de câmp vine la prima ședință cu idei și explicații articulate pentru problemele sale, în vreme ce pacientul dependent de câmp e nespecific. Individul dependent de câmp acceptă cu ușurință sugestiile terapeutului, îi cere sprijin și încearcă să prelungească ședințele datorită sentimentelor de angoasă de la sfârșitul ședinței.

Stilul cognitiv al psihoterapeutului este o determinantă importantă în contextul psihoterapeutic. Psihoterapeuții independenți de câmp tind să favorizeze fie o abordare directivă, fie una pasivă, observațională în legătură cu pacienții, în vreme terapeuții dependenți de câmp favorizează relațiile personale reciproce cu pacienții.

Similaritățile sunt evidente: plasarea la extremă în ceea ce privește dependența de câmp sau orientarea către un salvator suprem conduce la patologii caracterizate de pasivitate, dependență, fixație orală, deficit de funcționare autonomă, inadecvare; o independență de câmp maximă sau concentrarea extremă pe ideea statutului special poate conduce la grandoare patologică, sindroame paranoide, agresivitate sau compulsivitate. Aceste observații sunt totodată sprijinite empiric și de o altă direcție de cercetare – cea asupra locului controlului, o paradigmă în studiul personalității de sorginte empirică și care seamănă cu paradigma statutului special și a salvatorului suprem.

Locul controlului

Odată cu cercetările lui Joseph Rotter[51] și ale lui E. Jerry Phares[52] mulți cercetători au devenit interesați de paradigma din studiul personalității care investighează dacă individul posedă un loc de control intern sau unul extern. Cine simte că își controlează evenimentele din viață, și cine

simte că ele sunt independente de propriile acțiuni? Majoritatea cercetărilor în domeniul controlului extern-intern se bazează pe un instrument – scala I.E.*, dezvoltată de Rotter în 1966 și folosită de atunci în câteva sute de studii empirice.[55]

„Internii" posedă un loc de control intern și simt că sunt la cârma propriului destin; „externii" plasează controlul în afara lor, unde caută răspunsuri, sprijin și îndrumare.

Internii diferă de externi în nenumărate feluri. Internii tind să fie mai independenți, să aibă mai mult succes, să fie mai activi politic și să posede un sentiment mai dezvoltat al puterii personale. Caută mai mult puterea, direcționându-și eforturile către câștigarea controlului asupra mediului. „Internii" spitalizați pentru tuberculoză știu mai multe despre boala ce îi afectează, sunt mai curioși cu privire la maladie și situația în care se află și indică faptul că nu sunt satisfăcuți cu cantitatea de informații primită de la medici și asistente.[56] Atunci când li se arată imagini TAT și sunt supuși sugestiilor subtile ale celui care administrează testul, aceștia sunt mult mai puțin receptivi la sugestii și influență în comparație cu extrenii.[57]

De aceea, internii dobândesc mai multă informație și sunt mai buni în a o folosi pentru a-și controla lumea. Internii sunt mult mai puțin sugestionabili, mult mai independenți și se bazează mai mult pe propria judecată. În contrast cu externii, ei evaluează informația mai degrabă pe baza meritului intrinsec decât pe baza prestigiului sau expertizei altora. Internii sunt mult mai predispuși să aibă rezultate bune și să își amâne gratificațiile pentru a obține o răsplată mai mare ulterior. Externii sunt extrem de sugestionabili, tind să devină mai frecvent fumători și să își asume riscuri mari la jocurile de noroc, înregistrează succese mai reduse, mai puți-

* Scala I.E. (Intern-Extern) este un chestionar de autoevaluare compus din douăzeci și trei de itemi care admit variante de răspuns determinate. Iată câteva dintre perechile de răspunsuri:
a. Oamenii sunt singuri deoarece nu încearcă să fie prietenoși.
b. Nu are prea mult rost să încerci să fii pe pacul oamenilor, deoarece, dacă te plac, te plac.
a. Eu sunt autorul a ce mi se întâmplă.
b. Câteodată simt că nu dețin un control suficient asupra direcției în care se îndreaptă viața mea.[53]
Există și o variantă adresată preșcolarilor cu răspunsuri de tipul:
a. Când ți se rup pantalonii e din cauză că
  a) tu i-ai rupt,
  b) s-au uzat.
b. Dacă ai un bănuț nou și strălucitor, dar îl pierzi, e din cauză că
  a) l-ai scăpat,
  b) buzunarul era găurit.[54]

 nă dominare și rezistență, dorind alinare din partea altora și având totodată o stimă redusă de sine.[58]

Aceste caracterizări împreună cu cele anterioare referitoare la independenții de câmp (cei care cred în propriul caracter special) și dependenții de câmp (cei care cred într-un salvator) sunt în mod clar similare. Putem integra aceste descoperiri imaginându-ne un continuum între dependența de câmp, locul de control extern și orientarea către un salvator suprem la un pol, respectiv între independența de câmp, locul de control intern și înclinarea spre credința în propriul statut special la celălalt pol. O poziție la oricare dintre extremele continuumului se corelează bine cu psihopatologia clinică. De altfel, cercetări numeroase arată că unul dintre poli generează o personalitate care e mai puțin eficace și mai predispusă la psihopatologie. Indivizii de la polul dependenței de câmp, al locului extern de control sunt mult mai predispuși la o psihopatologie vădită decât cei plasați la polul independenței de câmp și al locului de control intern.[59] Indivizii care, potrivit scorurilor obținute, plasează de o manieră susținută locul controlului în afara lor sunt mai predispuși să se considere nepotriviți[60]; să fie mai angoasați, ostili, obosiți, confuzi și deprimați[61], să aibă mai puțină vigoare și rezistență.[62] Pacienții psihiatrici cu tulburări severe sunt cu precădere externi.[63] Schizofrenicii sunt mult mai frecvent externi.[64] O cantitate importantă de studii de cercetare demonstrează o relație strânsă între un loc al controlului extern și depresie.[65]

Aceste descoperiri empirice sunt convergente cu experiența clinică. Mulți indivizi vin la terapie mai degrabă deoarece mecanismul de apărare ce face apel la un salvator eșuează (dorință de dependență, stimă de sine redusă, dispreț față de propria persoană, sentimentul neajutorării, tendințe masochiste, depresie cauzată de pierdere sau amenințarea pierderii persoanei dominante) decât din cauza eșecului mecanismului defensiv al statutului special. O echipă de cercetători a raportat o corelație directă între un loc extern al controlului și angoasa de moarte.[66] Cu alte cuvinte, modul extern pare mai puțin eficace în a proteja de angoasa de moarte în comparație cu cel intern. (Totuși, un alt experiment care a utilizat alte instrumente pentru evaluarea angoasei morții a eșuat în a confirma aceste descoperiri.)[67]

Apărarea prin intermediul credinței în existența unui salvator extern pare intrinsec limitată. Nu doar că nu stăvilește în întregime angoasa pri-

mară, dar, prin însăşi natura sa, generează o patologie suplimentară: credinţa că viaţa e controlată de forţe externe este asociată unui sentiment de lipsă de putere, ineficacităţii şi respectului de sine redus. Cine nu se încrede în sine sau nu se bazează pe sine îşi limitează totodată dobândirea de informaţii şi aptitudini şi e înclinat în a relaţiona cu alţii de o manieră servilă. E uşor de văzut că o stimă de sine scăzută, o tendinţă spre autoînjosire, aptitudinile insuficiente pentru a edifica un sentiment al valorii personale şi relaţiile interpersonale nesatisfăcătoare sunt de natură a pregăti terenul pentru instalarea psihopatologiei.

5

Moartea și psihoterapia

Saltul de la teorie la practică nu e ușor. În acest capitol, voi trece de la preocupările metafizice cu privire la moarte, la practica psihoterapeutică și voi încerca să extrag din aceste preocupări ceea ce e relevant pentru terapia obișnuită.

Realitatea morții este importantă pentru psihoterapie din două motive distincte: a lua act de moarte poate fi „o situație-limită", care să instige la o schimbare radicală de perspective; de asemenea, moartea este o sursă primară de angoasă. Voi discuta consecințele fiecăreia din cele două ipostaze asupra tehnicii terapeutice.

Moartea ca situație-limită

O „situație-limită" este un eveniment, o experiență crucială care aruncă persoana în confruntarea cu propria „situație" existențială din lume. O confruntare cu propria moarte („moartea mea") este o situație-limită fără egal, având puterea de a provoca o basculare importantă a modului în care individul trăiește în lume. „Deși aspectul fizic al morții distruge individul, *ideea* morții îl poate salva." Moartea acționează ca un catalizator care poate ridica persoana de la o anumită formă de existență, pe o alta mai înaltă; de la o stare de mirare pentru *cum* sunt lucrurile, la mirarea *că* sunt. Conștientizarea morții scoate persoana din sfera preocupărilor banale, furnizând vieții profunzime și acuitate, precum și o perspectivă cu totul și cu totul nouă.

Mai devreme am examinat câteva exemple ilustrative din literatură și din înregistrările clinice cu privire la indivizi care, după o confruntare cu moartea, au suferit o transformare personală radicală. Pierre din *Război și*

pace, ca și Ivan Ilici din „Moartea lui Ivan Ilici" sunt exemple evidente de „modificări de personalitate" sau de „dezvoltare a personalității". O altă ilustrare frapantă este metamorfoza extrem de popularului erou Ebenezer Scrooge. Mulți dintre noi uită că transformarea lui Scrooge nu este pur și simplu rezultatul natural al căldurii lemnului care arde în cămin, dezghețându-i mina glacială. Schimbarea lui Scrooge s-a petrecut ca urmare a unei confruntări cu propria moarte. Fantoma Viitorului de la Dickens (Fantoma Crăciunului ce va să vie) a recurs la o formă puternică de terapie de șoc existențială: lui Scrooge i se permite să își vadă propria moarte, să asculte ce zic membrii comunității despre moartea sa, fără să le pese prea mult, și să vadă străini certându-se pentru posesiunile sale materiale, chiar pentru câteva cearșafuri și pentru cămașa sa de noapte. Scrooge este ulterior martorul propriei înmormântări, iar într-un final, în ultima scenă, înainte de a fi transformat, Scrooge îngenunchează în cimitir și citește literele numelui său de pe piatra de mormânt.

Confruntarea cu moartea și transformarea personală: mecanisme de acțiune

Cum anume favorizează conștientizarea morții transformarea personală? Care este experiența interioară a individului care suferă transformarea? Capitolul 2 face referire la o serie de date care indică tipul și gradul de schimbare pozitivă pe care o suferă unii bolnavi de cancer terminal. Interviurile cu acești pacienți prilejuiesc înțelegerea unora dintre mecanismele transformării.

Cancerul vindecă nevroza. O pacientă avea fobii interpersonale handicapante, care s-au dizolvat aproape miraculos în momentul în care s-a îmbolnăvit de cancer. Când a fost chestionată asupra acestei vindecări, ea a răspuns: „Cancerul vindecă nevroza". Deși aruncată aproape cu insolență, propoziția conține un adevăr dramatic: nu adevărul groaznic al faptului că moartea elimină viața împreună cu toate durerile ei, ci adevărul optimist că anticiparea morții furnizează o viziune mai bogată asupra problemelor vieții. Când a fost întrebată în legătură cu propria transformare, ea a declarat că era un proces simplu: din moment ce și-a înfruntat și depășit frica de moarte, temere care făcea toate celelalte frici insignifiante, a dobândit sentimentul că e propria stăpână.

Existența nu poate fi amânată. Eva, care avea patruzeci și cinci de ani și era afectată de o depresie profundă, suferea de cancer ovarian avansat și era prinsă în dilema dacă să plece sau nu într-o anumită călătorie, ultima din viață. În mijlocul terapiei, ea a relatat următorul vis:

> *Eram în fața unei mulțimi mari de oameni. Parcă vedeam o scenă dintr-un film grandios de Cecil B. DeMille. Puteam să îmi recunosc mama în ea. Cu toții scandau: „Nu poți merge, ai cancer, ești bolnavă". Scandarea a continuat neîntrerupt. Mai apoi mi-am auzit tatăl care, cu o voce liniștitoare, îmi zicea: „Știu că ai cancer pulmonar, ca mine, dar nu sta acasă și mânca supă de pui, așteptând să mori cum am murit eu. Pleacă în Africa, trăiește!"*

Tatăl Evei murise cu mulți ani în urmă de un cancer lent. Îl văzuse pentru ultima dată cu niște luni înainte de moarte și era întristată nu numai de pierdere, ci și de modul în care a murit. Nimeni din familie nu îndrăznise să-i spună că are cancer, și de aici faptul că rămânea acasă și mânca supă de pui însemna că viața care îi rămăsese, ca și moartea, au fost neeroice și în ignoranță. Visul îi dădea un sfat important; Eva l-a băgat în seamă cum trebuie și și-a schimbat viața dramatic. Și-a înfruntat medicul și i-a solicitat toate informațiile disponibile cu privire la cancerul său, insistând să participe la deciziile cu privire la tratament. Și-a reînnodat prieteniile vechi; și-a mărturisit temerile altora și i-a ajutat să îi împărtășească durerea lor. A făcut acea călătorie în Africa, care, deși a fost scurtată de boală, i-a lăsat satisfacția de a fi băut până la ultima picătură din paharul vieții.

Problema poate fi ușor rezumată: „Existența nu poate fi amânată". Mulți pacienți care s-au îmbolnăvit de cancer relatează că au ajuns tocmai în aceste momente să trăiască mai deplin. Nu își mai amână viața. Ei realizează că poți trăi doar în prezent; de fapt, nimeni nu poate supraviețui prezentului – el e mereu cu tine. Chiar în momentul în care ajungem să privim retrospectiv la viață, chiar în ultimul moment suntem acolo, experimentând, trăind. Timpul etern este prezentul, nu viitorul.

Îmi amintesc de o pacientă de treizeci de ani care se tot închipuia pe sine ca o bătrână care își petrece Crăciunul singură. Bântuită de această viziune, ea și-a petrecut o bună parte din viață căutând frenetic un partener – căutare atât de frenetică, încât speria orice potențial pețitor. A res-

pins prezentul și și-a dedicat viața redescoperirii siguranței din copilăria timpurie. Nevroticul anulează prezentul, încercând să găsească trecutul în viitor. E ceva paradoxal, desigur; voi spune mai multe cu privire la acest subiect ceva mai încolo. Voi vorbi despre faptul că persoana care nu „trăiește" este cea mai îngrozită de moarte. „De ce să nu părăsim petrecerea vieții ca un oaspete bine hrănit?", se întreba Kazantzakis.[1]

Un alt individ, profesor universitar, ca urmare a unei maladii oncologice grave, a decis să se bucure de viitor în prezentul imediat. A descoperit cu uimire că putea să nu facă lucrurile pe care nu dorea le facă. Când și-a revenit după operație și s-a întors la muncă, comportamentul său era izbitor de schimbat; nu s-a mai ocupat de sarcini administrative împovărătoare, s-a cufundat în cele mai interesante aspecte ale cercetării sale (dobândind o faimă națională) și, lucru care e o lecție pentru noi toți, nu a mai participat la nicio ședință din cadrul facultății.

Fran suferea de o depresie cronică, fiind timp de cincisprezece ani blocată într-o căsătorie extrem de nesatisfăcătoare, pe care nu o putea încheia. Obstacolul final în calea despărțirii era acvariul imens al soțului! Voia să rămână în acea casă, astfel încât copiii să își poată păstra prietenii și să frecventeze aceeași școală, și totuși nu se simțea capabilă să își rezerve două ore pe zi pentru hrănirea peștilor. De asemenea, acvariul nu putea fi mutat fără cheltuieli importante. Problema părea insolubilă. (Pe altarul unor astfel de probleme neserioase e sacrificată viața.)

Fran a dezvoltat după aceea o formă agresivă de cancer osos, care a făcut-o să înțeleagă că asta era singura ei viață. A mărturisit că a realizat brusc faptul că timpul se scurge permanent, și că nu există pauze în această scurgere. Deși maladia sa era atât de gravă că avea chiar multă nevoie de sprijinul fizic și material al soțului, a fost totuși capabilă de a lua decizia curajoasă de a se despărți, decizie pe care o amânase timp de zece ani.

Moartea ne amintește că existența nu poate fi amânată. Ne mai amintește și că mai există vreme de trăit. Dacă suntem suficient de norocoși să ne întâlnim cu propria moarte și să avem experiența vieții în calitate de „posibilitate a posibilității" (Kierkegaard)[2] sau ca „posibilitate de nedepășit" (Heidegger),[3] atunci vom realiza că, atâta vreme cât trăim, avem posibilitatea să ne schimbăm viața până în ultimul moment, însă doar *până* în ultimul moment. Totuși, dacă murim azi, atunci toate intențiile și promisiunile pentru mâine sunt moarte din născare. Este tocmai ceea ce

 Ebenezer Scrooge a aflat; modul în care a avut loc transformarea sa a constat chiar dintr-o inversare sistematică a faptelor rele din ziua de dinainte: a dat bani în scopuri de binefacere celor pe care înainte îi refuzase cu dispreț; și-a îmbrățișat nepotul pe care îl batjocorise; i-a dat cărbuni, mâncare și bani lui Cratchit, pe care îl tiranizase.

Prețuiește ceea ce ai. Un alt mecanism de schimbare pus în mișcare de confruntarea cu moartea este bine ilustrat de o pacientă care avusese un cancer ce îi invadase esofagul. Înghițitul devenise dificil și treptat a trecut la mâncăruri moi, apoi la piureuri și în final strict la lichide. Într-o zi la cantină, după ce se dovedise incapabilă să înghită o supă chioară, a privit în jur la comeseni și s-a întrebat: „Își dau seama cât de norocoși sunt că pot înghiți? Se gândesc vreodată la asta?" Și-a aplicat ei înseși acest principiu simplu și a realizat ce *putea* face și ce *putea* experimenta: faptele elementare ale vieții, schimbarea anotimpurilor, frumusețea naturii înconjurătoare, văzul, auzul, atingerea și iubirea. Nietzsche exprimă acest principiu într-un pasaj minunat:

> *Din asemenea străfunduri, din asemenea boli grele, ca și din boala bănuielii grave, te întorci renăscut, cu altă piele, mai sensibil, mai răutăcios, cu un gust mai subtil pentru bucurie, cu un gust mai delicat pentru toate lucrurile bune, cu simțuri mai voioase, cu o a doua inocență — mai periculoasă — în bucurie, în același timp mai copilăros și de o sută de ori mai rafinat decât ai fost vreodată înainte.*[4]

Prețuiește ceea ce ai! Cât de rar tragem foloase de pe urma acestei simple ziceri! Îndeobște, ceea ce *avem* și ceea ce *putem* ne scapă, distrați fiind de gândurile despre ce ne lipsește sau ce nu putem, sau striviți de preocupări meschine și amenințări la adresa prestigiului sau mândriei noastre. Însă dacă ne vom gândi la moarte, vom trece la o stare de gratitudine, de apreciere a nenumăratelor daruri ale existenței. Este ceea ce voiau să zică stoicii atunci când spuneau: „Gândește-te la moarte dacă vrei să înveți cum să trăiești."[5] Ce contează nu e deci recursul la o preocupare morbidă pentru moarte, ci îndemnul de a fi atent atât la obiect, cât și la fondul de pe care se profilează, așa încât devenirea să fie una conștientă, iar viața una mai bogată. După cum spunea Santayana: „Pe fundalul întunecat al morții, culorile delicate ale vieții ne apar în întreaga lor puritate".[6]

Dezidentificarea. În activitatea clinică, psihoterapeutul întâlnește indivizi care sunt extrem de angoasați de evenimente care nu sunt de natură să provoace angoasă. Angoasa este un semnal că individul percepe o amenințare la propria existență. Problema constă în faptul că nevroticul are o preocupare neobișnuită pentru siguranță, perimetrul defensiv extinzându-se mult. Cu alte cuvinte, nevroticul nu își protejează doar nucleul personal, ci și multe atribute (muncă, prestigiu, statut, vanitate, performanțe sexuale sau atletice), cu aceeași intensitate. Mulți indivizi devin de aceea neobișnuit de stresați ca urmare a unor amenințări la adresa carierei sau la adresa unui număr de alte atribute. Ei chiar cred că „*sunt* cariera" sau „*sunt* atractivitatea sexuală". Terapeutul vrea să spună doar: „Nu, nu ești cariera-ți și nici corpul frumos pe care îl ai, nici mamă, tată sau îngrijitor veșnic. Ești tu *însuți*, nucleul tău esențial. Trasează o limită în jurul lui: celelalte lucruri, care cad în afara sa, nu sunt ce ești tu însuți, și pot dispărea fără ca tu să încetezi să exiști".

Din nefericire, astfel de exortații, ca toate exortațiile de la sine evidente, sunt arareori eficace în a provoca schimbarea. Psihoterapeuții caută metode prin care să crească puterea exortațiilor. O astfel de metodă, pe care am utilizat-o cu grupurile de bolnavi de cancer, ca și în sala de clasă, constă într-un exercițiu structurat de „dezidentificare".* Procedura este simplă și ia aproximativ treizeci-patruzeci de minute. Aleg un cadru liniștit și le cer participanților să noteze pe cartonașe separate opt răspunsuri importante la întrebarea „Cine sunt?" Le cer ulterior să treacă în revistă cele opt răspunsuri și să aranjeze cartonașele în ordinea importanței: răspunsurile care sunt mai apropiate de nucleul personal dedesubt, cele mai periferice deasupra. Mai apoi le cer să ia primul cartonaș și să mediteze la cum ar fi dacă ar renunța la respectivul atribut. După aproximativ două sau trei minute le cer (un semnal calm cum ar fi cel al unui clopoțel este de natură să distragă mai puțin atenția) să treacă la următorul cartonaș, și așa mai departe până renunță la toate cele opt atribute. În continuare este recomandat ca pacienții să fie ajutați să reintegreze acele părți, parcurgând procedura în sens invers.

Acest exercițiu simplu dă naștere unor emoții puternice. Odată, l-am făcut cu trei sute de indivizi care participau la un seminar destinat edu-

* El mi-a fost sugerat de psihologul James Bugental.

 cației adulților. Chiar la ani după aceea, participanții mă informau cât de importantă a fost această procedură pentru ei. Dezidentificarea este un element important al sistemului de psihosinteză al lui Roberto Assagioli. Acesta încearcă să ajute indivizii să atingă „centrul conștiinței de sine pure", cerându-le să își imagineze renunțarea sistematică la corp, emoții, dorințe și, în fine, la intelect[7].

Individul suferind de o maladie cronică, dar care face față cu bine situației în care se găsește, trece adesea în mod spontan prin procesul de dezidentificare. O pacientă, pe care mi-o amintesc bine, alesese să se identifice permanent cu energia fizică și activitatea. Cancerul a slăbit-o până în punctul în care nu mai putea să facă excursii, drumeții și să schieze, iar ea a deplâns aceste pierderi multă vreme. Repertoriul său de activități fizice a scăzut inexorabil, dar totuși a putut să își depășească pierderile. După luni de terapie, a devenit suficient de capabilă să își accepte limitările pentru a spune: „Nu pot să o fac" fără un sentiment de lipsă de valoare sau de inutilitate a propriei persoane. Ulterior, și-a transferat energia către alte forme de exprimare, care îi stăteau în putere. Și-a programat proiecte finale fezabile: să își rezolve problemele personale și profesionale rămase, să comunice altor pacienți, copiilor și medicilor sentimentele cărora nu le dăduse glas. Mai târziu, a fost capabilă de un alt pas important: să se dezidentifice, eliberându-se de propria energie și de impactul pe care îl avea activitatea sa, și să realizeze că exista dincolo de acestea, dincolo chiar de toate calitățile ce o caracterizau.

Dezidentificarea este un mecanism evident și vechi de schimbare – transcenderea mărunțișurilor sociale și materiale e de multă vreme încorporată în tradițiile ascetice – însă nu e ușor disponibilă pentru un uz clinic. Conștientizarea morții e cea care favorizează schimbarea perspectivei și oferă individului șansa de a distinge între esențial și neesențial: de a reinvesti în esențial și de a dezinvesti chestiunile mărunte.

Conștientizarea morții și psihoterapia cotidiană

Dacă noi, psihoterapeuții, vom accepta că faptul de a conștientiza propria moarte poate deveni un catalizator pentru procesul de schimbare personală, atunci ne va incumba sarcina să facilităm pacienților o astfel de conștientizare. Însă cum? Multe din exemplele pe care le-am citat sunt ale

unor indivizi aflați în situații extraordinare. Cum stau însă lucrurile în cazul psihoterapiei pacienților obișnuiți, care nu au cancer terminal, care nu trebuie să stea în fața unui pluton de execuție și care nu avut un accident care era gata să îi ucidă?

Mulți dintre pacienții mei care suferă de cancer au pus aceeași problemă. Când vorbeau de propria dezvoltare și despre ce au învățat din confruntarea cu moartea, ei se lamentau cu privire la „tragedia de a fi trebuit să aștepte până în acest moment, până când corpurile le erau năpădite de cancer, ca să priceapă aceste adevăruri!"

Există numeroase exerciții structurate la care psihoterapeutul poate recurge pentru a simula întâlnirea cu moartea. Unele sunt interesante. Le voi descrie pe scurt. Însă chestiunea cea mai importantă pe care vreau să o subliniez aici este că terapeutul nu trebuie să *furnizeze* experiența, ci doar să ajute pacientul să *recunoască* un lucru care e peste tot. În mod obișnuit negăm sau ne deturnăm selectiv atenția de la ceea ce ne amintește de situația noastră existențială; sarcina terapeutului este să inverseze procesul, să urmărească elementele ce favorizează amintirea, deoarece, după cum am demonstrat, acestea nu sunt dușmani, ci aliați puternici ai integrării și maturizării.

Să ne îndreptăm atenția asupra următoarei istorisiri. O mamă de patruzeci și șase de ani își conduce fiul cel mic la aeroport, de unde urma să plece la facultate. Își petrecuse ultimii douăzeci de ani crescându-și copii și jinduia după ziua aceasta. Nu tu corvoade, nu tu viață pentru un altul, nu tu gătit și aranjat de haine, cărora le urmau doar vase murdare și o nouă dezordine în cameră, de natură să sublinieze inutilitatea tuturor eforturilor făcute. Era într-un final liberă.

Și totuși, când și-a luat rămas bun, a început brusc să plângă zgomotos, în hohote, iar în drum spre casă un fior adânc i-a trecut prin corp. „E cât se poate de firesc", a gândit ea. E doar tristețea ce vine când îți iei bun-rămas de la cineva pe care îl iubești mult. Însă e mai mult decât atât. Fiorul a persistat și s-a transformat în angoasă pură. Ce-ar putea să fie? Și-a consultat terapeutul. Acesta i-a dat o mână de ajutor. E ceva cât se poate de comun: sindromul „cuibului gol". Timp de mulți ani și-a fundamentat stima de sine pe performanțele sale în calitate de mamă și stăpână a casei. Brusc, nu mai găsea o modalitate prin care să se valorizeze. Bineînțeles că e angoasată câtă vreme rutina, structura vieții i-a fost modificată, iar rolul

 său în viață, ca principală sursă de stimă de sine, a fost abolit. Treptat, cu ajutorul diazepamului, sprijinului psihoterapeutic, al unei educări a caracterului asertiv în cadrul unui grup pentru femei, al câtorva cursuri pentru adulți, al unui amant sau doi sau al voluntariatului, fiorul s-a restrâns la un mic tremurat, pentru a dispărea cu totul mai apoi. Ea s-a întors la un nivel de confort și adaptare „premorbid".

Pacienta, tratată în urmă cu niște ani de un medic psihiatru rezident, participa la un proiect de cercetare cu privire la rezultatele psihoterapiei. În cazul său, acestea puteau fi descrise doar ca excelente: pe fiecare din scalele folosite – liste de simptome, evaluarea problemei-țintă, stima de sine – ea înregistrase o îmbunătățire remarcabilă. Chiar și acum, privind retrospectiv, e clar că psihoterapeutul și-a îndeplinit sarcina. Și totuși consider derularea tratamentului ca o „ratare", ca un exemplu de nefolosire a unor oportunități terapeutice.

O compar cu o altă pacientă, pe care am tratat-o recent și care se găsea în aproape aceeași situație de viață. În cura acesteia am încercat mai degrabă să gestionez fiorul, decât să îl anesteziez. Pacienta avea experiența a ceea ce Kierkegaard numea „angoasă creatoare", și angoasa sa ne-a condus în zone importante. Era adevărat că avea probleme cu respectul de sine, că suferea *realmente* de sindromul „cuibului gol" și că era extrem de tulburată de ambivalența profundă față de copil: îl iubea, dar îl și ura și îl invidia pentru șansele în viață pe care ea nu le avusese niciodată (și, desigur, se simțea vinovată din cauza acestor sentimente „ignobile").

I-am urmărit fiorul, ceea ce ne-a călăuzit pe tărâmuri importante și a ridicat întrebări fundamentale. Era cât se poate de adevărat că putea găsi cu ce să își umple timpul, însă care era *sensul* temerii în fața cuibului gol? Își dorise întotdeauna libertatea, însă acum, când o obținuse, era înfricoșată de ea. Din ce motiv?

Sensul fiorului a fost descifrat de un vis. Copilul care o părăsise pentru a pleca la facultate practicase acrobația și jongleria în timpul liceului. Visul se rezuma la imaginea sa ținând în mână un cadru de film fotografic pe 35 de milimetri, care îl reprezenta pe fiul său jonglând. Ciudățenia consta în faptul că acel cadru era în mișcare, arătându-l pe fiul său jonglând și făcând tumbe, într-o multitudine de mișcări. Asocierile ocazionate din vis gravitau în jurul ideii de timp. Cadrul captura și fixa timpul și mișcarea. Păstra totul viu, dar stopa evoluția. Îngheța viața. „Timpul curge,

spunea ea, şi nu există nimic să-l oprească. Nu voiam ca John să crească. Preţuiam acei ani cât fusese cu noi. Şi că-mi place sau nu, timpul curge. Curge pentru John şi curge pentru mine. E un lucru înfricoşător de înţeles, de înţeles cu adevărat."

Acest vis i-a adus în faţa ochilor propria finitudine şi, în loc să se grăbească să îşi umple timpul cu distracţii, a învăţat să se minuneze şi să aprecieze viaţa de o manieră mai bogată ca înainte. A păşit pe tărâmul a ceea ce Heidegger numea fiinţare autentică: nu se mai mira de *cum* sunt lucrurile, ci *că* sunt. Conform evaluărilor mele, terapia a ajutat-o pe a doua pacientă mai mult decât pe prima. Nu ar fi posibil să demonstrăm această concluzie pe baza unor măsurători standard ale rezultatelor; de fapt, a doua pacientă probabil a continuat să fie supusă angoasei mai mult decât prima. Însă angoasa face parte din existenţă, şi niciun individ care continuă să se dezvolte şi să creeze nu va fi scutit de ea. Totuşi, o astfel de judecată de valoare trimite la multe probleme legate de rolul terapeutului. Nu presupune terapeutul prea mult? Pacientul recurge la serviciile sale din nevoia unui ghid în materie de conştientizare existenţială? Sau majoritatea pacienţilor spun de fapt: „Mă simt rău, ajută-mă să mă simt bine?"; iar dacă lucrurile stau astfel, de ce să nu utilizăm metoda cea mai rapidă, mai eficientă care ne stă la dispoziţie –, de pildă, tranchilizarea farmacologică sau schimbarea comportamentului? Astfel de întrebări care apar în toate formele de tratament bazat pe conştientizarea de sine nu pot fi ignorate, şi vor apărea, iar şi, iar în acest text.

În tratamentul oricărui pacient pot apărea situaţii care, dacă sunt evidenţiate inteligent de terapeut, vor îmbunătăţi gradul în care dimensiunile existenţiale ale problemelor sale sunt conştientizate. Situaţiile mai evidente constituie semne clare ce ne amintesc de finitudine şi ireversibilitatea timpului. Moartea unui apropiat va conduce întotdeauna, dacă terapeutul insistă, la o percepere mai acută a morţii. Există multe componente ale doliului – pierderea ca atare, ambivalenţa şi vinovăţia, zădărnicirea planurilor de viaţă – toate trebuind să fie abordate în adâncime în cadrul curei. Însă, după cum am subliniat anterior, moartea celuilalt ne aduce mai aproape de confruntarea cu propria moarte; însă această parte a travaliului doliului este îndeobşte omisă. Unii psihoterapeuţi pot fi înclinaţi să creadă că persoana îndoliată este deja prea afectată pentru a mai accepta sarcina de a se ocupa de propria finitudine. Cred totuşi că această presu-

 punere este adesea o greșeală: unii indivizi pot crește foarte mult ca urmare a unei tragedii personale.

Moartea celuilalt și conștientizarea existențială. Pentru mulți, moartea unei creaturi apropiate oferă una dintre cele mai intime recunoașteri a propriei mortalități. Paul Landsburg, discutând moartea unei persoane dragi, spunea:

> *Am construit un „noi" împreună cu persoana care a murit. Și tocmai prin acest „noi", prin puterea acestei ființe proaspete și foarte personale, suntem călăuziți spre conștientizarea că și noi va trebui să murim... Comuniunea cu acea persoană pare secționată; însă această comunitate eram eu însumi într-o oarecare măsură și de aceea simt moartea în centrul propriei existențe.*[8]

John Donne a spus același lucru în faimoasa sa predică: „Nu trimite pe nimeni să afle pentru cine bat clopotele. Bat pentru tine".[9]

Pierderea unui părinte ne pune în contact cu propria vulnerabilitate; dacă părinții nu s-au putut salva pe ei înșiși, cine ne va salva pe noi? Când părinții mor, nimic nu mai stă între noi și mormânt. În schimb, noi înșine devenim o barieră între copiii noștri și moarte. Experiența unui coleg la moartea tatălui său este ilustrativă. Se aștepta de multă vreme la moartea acestuia și a primit veștile cu calm. Totuși, atunci când se urca la bordul avionului ce trebuia să îl ducă acasă, la înmormântare, s-a panicat. Deși călătorise de multe ori, și-a pierdut încrederea în capacitatea aeronavei de a decola și ateriza în siguranță, ca și cum scutul ce îi ocrotea condiția sa fragilă ar fi dispărut.

Pierderea unui soț evocă adesea chestiunea singurătății fundamentale: pierderea unui apropiat important (uneori a unui apropiat dominant) sporește conștientizarea faptului că, oricât ne-am strădui să înfruntăm lumea în doi, până la urmă, rămânem fundamental singuri. Nimeni nu își poate muri propria moarte împreună cu sau pentru altul.

Terapeutul care își îndreaptă atenția spre asocierile și visele pacientului în doliu, va descoperi dovezi semnificative pentru preocupările acestuia referitoare la propria moarte. Spre exemplu, un pacient a relatat coșmarul pe care l-a avut în noaptea de după ce a aflat că soția sa suferă de un cancer neoperabil:

> *Eram în casa vechea mea casă din _______ [O proprietate care aparținea familiei de trei generații]. Un monstru asemănător lui Frankenstein mă urmă-*

rea prin casă. Eram îngrozit. Casa se deteriora, se strica. Țiglele cădeau și acoperișul era spart. Apa curgea peste mama mea. [Mama sa murise cu șase luni în urmă.] M-am luptat cu el. Aveam mai multe arme la dispoziție. Una era o sabie curbată cu mâner, ca o seceră. L-am crestat cu ea și l-am aruncat de pe acoperiș. Era întins pe pavajul de jos. Însă s-a sculat și a început să mă fugărească, iar prin casă.

Prima asociere realizată de pacient în legătură cu visul a fost: „Știu că m-a fugărit ceva, nu glumă!" Simbolismul visului părea clar. Moartea iminentă a soției îi amintea de propria viață care, precum casa, se deteriora: era inexorabil urmărit de moarte, personificată ca în copilărie de un monstru de neoprit.

Un alt pacient, Tim, a cărui soție avea cancer în stadiu terminal a avut următorul vis în noaptea în care ea, aflată aproape de moarte, a trebuit să fie spitalizată pentru probleme respiratorii grave:

Tocmai mă întorsesem dintr-un soi de călătorie, când am fost împins într-o încăpere dosnică. Cineva mă momise acolo. Era toată plină de mobile și placaj, acoperite de praf și sârmă ghimpată. Nu era nicio ieșire. Îmi amintea de piesa lui Sartre. Simțeam că mă înăbuș. Nu puteam să respir, ceva mă apăsa. Am apucat o cutie de placaj, o ladă grosolan făcută. Aceasta s-a lovit de zid sau de dușumea, ceea ce a făcut să i se strivească un colț. Colțul chiar îmi stătea în minte. Îmi sărea în ochi. Am decis să o duc sus la șef, la conducere. Voiam să mă duc până în vârf să mă plâng. Voiam să mă duc la vicepreședinte. Am urcat pe o scară extrem de elegantă, cu balustradă de mahon și trepte de marmură. Eram nervos. Fusesem dat deoparte. Au dat vina pe mine. Mai apoi am devenit confuz în legătură cu persoana căreia ar fi trebuit să mă plâng.

Asocierile ocazionate de vis indicau limpede că moartea iminentă a soției îl aruncase într-o confruntare cu propria moarte. Imaginea memorabilă a visului, colțul turtit al cutiei de placaj îi amintea de caroseria turtită a mașinii sale de după un accident în care aproape că fusese omorât. Cutia de placaj îi amintea și de sicriul simplu pe care trebuia să îl comande pentru soția sa, conform ritualului funerar mozaic. În vis el se găsea pus în locul soției. Nici el nu putea să respire. Și el era împins într-un loc ascuns, captiv, strivit de ceva apăsător. Afectul important al visului era fu-

 ria și nedumerirea. Se simțea furios pentru ce i se întâmpla. Și totuși cui i se putea plânge? S-a trezit foarte nedumerit în legătură cu cine, acolo sus, ar fi persoana căreia trebuie să i se adreseze.

În cadrul terapiei, visul a deschis perspective importante. L-a făcut pe pacientul panicat până atunci capabil să își organizeze sentimentele și să rezolve de o manieră coerentă grupurile de probleme astfel conturate. Fusese copleșit de angoasa de moarte, pe care încercase să o combată evitându-și fizic soția și printr-o sexualitate compulsivă. De exemplu, se masturba de câteva ori pe zi în pat lângă soția sa (am vorbit despre acest pacient, pe scurt, în capitolul 4). Pe măsură ce rezolvam angoasele legate de propria moarte, a devenit în sfârșit capabil să stea lângă soție, căreia i-a oferit alinare, ținând-o de mână, evitând astfel într-o bună măsură vinovăția de după moartea acesteia.

După moartea soției, terapia s-a focalizat atât pe pierderea soției, cât și pe situația lui existențială, pe care moartea soției îl ajutase să o vadă mai clar. De exemplu, fusese întotdeauna orientat pe succesul în viață, însă, după moartea soției, a început să se întrebe pentru cine muncește și în ochii cui va fi apreciat. Încetul cu încetul, Tim a început să întrevadă ce ascunseseră grija pe care a trebuit s-o poarte soției și obsesia lui pentru sex: izolarea și finitudinea sa. După moartea soției devenise extrem de promiscuu, dar treptat a devenit deziluzionat de vânătoarea sexuală și a început să fie preocupat de ce va face în viață. A fost începutul unei perioade extrem de fertile pentru terapie, iar în următoarele luni Tim a avut parte de schimbări personale profunde.

Pierderea unui fiu sau fiice este adesea cea mai grea pierdere posibilă pentru mulți dintre noi, iar doliul va fi și pentru copil, și pentru noi. Viața ne lovește din toate părțile în astfel de momente. Prima dată, părinții suduie nedreptatea din univers, dar încep curând să înțeleagă că injustiția nu e de fapt decât o indiferență cosmică. Lor li se mai aduc aminte și de limitele propriilor puteri: nu există moment în viață când ar fi mai motivați să întreprindă ceva, însă se găsesc fără nicio putere; nu pot ocroti copilul fără apărare. La fel de sigur precum faptul că noaptea urmează zilei, e și lecția amară că nici noi nu vom fi protejați.

Literatura psihiatrică despre doliu nu pune în evidență această dinamică, concentrându-se adesea pe vinovăția (despre care se crede că e asociată ostilității inconștiente) pe care părinții o simt la moartea copilului.

Richard Gardner[10] a studiat empiric doliul parental, intervievând și testând un eșantion important de părinți ai căror copii sufereau de o maladie mortală. Deși a confirmat că un număr mare de părinți sufereau ca urmare a unei vinovății de proporții, datele sale au indicat că vina, în loc să se degaje din „ostilitatea inconștientă", era de patru ori mai des o încercare a părinților să își diminueze propria angoasă existențială, să „controleze incontrolabilul". La urma urmei, când cineva e vinovat că nu a făcut ce ar fi trebuit să facă, înseamnă că *e ceva care poate fi făcut* – o perspectivă mult mai confortabilă decât realitatea dură a vieții.

Pierderea unui copil mai are însă o implicație asupra părinților. Ea semnalează eșecul marelui lor proiect de nemurire: nu vor mai fi ținuți minte, sămânța lor nu va mai rodi în viitor.

Pietre de hotar. Orice pune sub semnul întrebării viziunea pacientului asupra lumii poate servi drept instrument pentru ca terapeutul să insereze o breșă în mecanismele de apărare ale pacientului, care să îi dezvăluie conținutul existențial al vieții. Heidegger subliniază că, doar când mașinăria se defectează, devenim brusc conștienți de funcționarea sa[11]. Doar când apărările împotriva angoasei morții sunt înlăturate, realizăm pe deplin în ce fel acestea ne protejau. Ca atare, terapeutul care e atent, poate vedea cum angoasa existențială pândește din umbră atunci când un eveniment important se întâmplă în viața pacientului, în special unul ireversibil. Separarea dintre soți și divorțul sunt exemple de primă mână în acest sens. Astfel de experiențe sunt într-atât de dureroase, că terapeuții fac eroarea de a-și focaliza atenția în întregime asupra diminuării durerii, ratând oportunitățile bogate ivite pentru un travaliu terapeutic mai profund.

Pentru unii pacienți, angajamentul într-o relație e mai degrabă o situație-limită, decât încheierea sa. Angajamentul poartă în el conotația finalului, și mulți indivizi nu pot intra într-o relație permanentă deoarece aceasta ar însemna că „asta-i tot", ar însemna evaporarea posibilităților, a visurilor glorioase de progres continuu. În capitolul 7 voi discuta modul în care deciziile ireversibile evocă angoasa existențială, chiar pentru că exclude alte posibilități și confruntă individul cu „posibilitatea de nedepășit".

Trecerea către vârsta adultă este frecvent extrem de dificilă. Indivizii în jurul vârstei de douăzeci de ani sunt adesea extrem de angoasați cu privire la moarte. Există chiar un sindrom constatat clinic la adolescenți, numit „spaima de viață": el constă într-o ipohondrie marcată și o preocupa-

 re pentru îmbătrânirea corpului, trecerea rapidă a timpului și inevitabilitatea morții.[12]

Terapeuții care tratează medicii rezidenți (de exemplu) constată uneori o angoasă existențială la indivizii de circa treizeci de ani, care își definitivează formarea și trebuie, pentru prima dată, să se lepede de identitatea de student și să înfrunte lumea ca un adult. Am observat de ceva vreme că rezidenții psihiatri trec printr-o perioadă de agitație internă marcată atunci când se apropie sfârșitul formării – o agitație care se înrădăcinează mult dincolo de grijile imediate, precum banii, alegerea unui cabinet sau stabilirea unei rețele care să îi trimită pacienți.

Jaques subliniază în minunatul său eseu, „Moartea și criza de la jumătatea vieții", că individul este chinuit mai ales la mijlocul vieții de gândul morții.[13] Acesta este momentul din viață în care persoana poate deveni preocupată de gândul, adesea inconștient, că „s-a oprit din creștere și a început să îmbătrânească". După ce și-au petrecut jumătate din viață având ca scop „atingerea maturității independente", floarea vârstei (Jung numea vârsta de patruzeci de ani „amiaza vieții")[14] aduce conștientizarea acută a morții care urmează. Cum spunea un pacient de treizeci și șase de ani, care pe parcursul analizei devenise din ce în ce mai conștient de propria moarte, „până în acest moment moartea părea o pantă ascendentă fără sfârșit, care se întâlnește doar cu orizontul din distanță. Acum, brusc, pare a fi atins vârful dealului, iar înainte mi se arată panta descendentă, cu sfârșitul drumului la orizont, desigur suficient de îndepărtat, dar suficient de clar pentru a se vedea că e moartea". Jaques a remarcat dificultatea de a examina straturile suprapuse ale negării morții și a oferit un exemplu despre cum a ajutat un pacient să conștientizeze moartea, analizând incapacitatea acestuia de a se întrista la moartea prietenilor.

O amenințare la adresa carierei sau pensionarea (mai ales în cazul indivizilor care crezuseră că viața este o spirală veșnic ascendentă) poate constitui un catalizator suficient de important pentru conștientizarea morții. Un studiu recent derulat asupra indivizilor care operează o schimbare radicală în carieră sugerează că majoritatea lor au luat decizia „să o lase mai moale" sau să își simplifice viețile în contextul confruntării cu situația lor existențială.[15]

Pietre de hotar banale precum zilele de naștere pot fi pârghii utile pentru terapeut. Durerea provocată de astfel de semne ale trecerii timpului

este una profundă (și din acest motiv problema este rezolvată prin intermediul unor formațiuni reacționale – sărbătorirea voioasă). Uneori, semne banale ale îmbătrânirii oferă șansa unei mai bune conștientizări existențiale. Chiar și o privire ascuțită aruncată în oglindă poate pune o problemă. O pacientă mi-a mărturisit că și-a spus: „Sunt un mic gnom. Înăuntru sunt aceeași Isabela mică, însă pe dinafară sunt o doamnă în vârstă. Am șaisprezece ani și trec pe șaizeci. Știu că este cât se poate de în regulă ca alții să îmbătrânească, însă nu m-am gândit că s-ar putea să mi se întâmple și mie". Caracteristicile exterioare ale bătrânilor, cum ar fi pierderea puterii, petele de bătrânețe, articulațiile rigide, ridurile, chelia sau chiar recunoașterea savurării unor plăceri „bătrânești" – contemplarea, plimbările, momentele de liniște – pot impulsiona conștientizarea morții. Același lucru poate fi spus și despre revederea unor fotografii mai vechi ale propriei persoane, când cineva își dă seama cât de mult seamănă cu părinții, când aceștia erau considerați bătrâni, sau despre întâlnirea unor prieteni după multă vreme, când se vede cât de mult au îmbătrânit. Terapeutul care ascultă atent va fi capabil să folosească oricare din aceste evenimente cotidiene. De asemenea, terapeutul poate aranja astfel de situații. Freud, după cum am arătat în capitolul 1, nu a stat pe gânduri și i-a cerut lui Fräulein Elisabeth să mediteze la mormântul surorii.

O monitorizare atentă a viselor și a fantasmelor va furniza invariabil material pentru o mai bună percepere a morții. Orice vis anxios este un vis referitor la moarte; fantasme înfricoșătoare care implică teme precum pătrunderea unor agresori necunoscuți în casă, atunci când sunt analizate duc la frica de moarte. Discutarea unor emisiuni TV neliniștitoare, a unor filme sau cărți pot furniza, la fel, material esențial.

Boala în stadiu terminal este un astfel de catalizator evident, și niciun terapeut nu ar trebui să îl ignore fără să-l fi explorat. Noyes a studiat două sute de pacienți care au trecut prin experiențe de moarte clinică din cauza îmbolnăvirii bruște sau accidentelor, și a găsit că un număr important (25%) aveau un sentiment puternic al omniprezenței și al vecinătății morții. Unul dintre subiecți a comentat: „Obișnuisem să-mi închipui că moartea nu va veni niciodată sau gândeam că, dacă e să vină, ea va surveni pe la optzeci de ani. Însă îmi dau seama acum că poate veni oriunde, oricând, oricum ți-ai trăi viața. Oamenii au o percepție foarte limitată a morții până când se confruntă cu ea". Un altul și-a descris conștientizarea morții în ur-

 mătorii termeni: „Am întrevăzut moartea în însăşi căile vieţii şi am rostit conştient acest adevăr. Nu mi-e frică să trăiesc, deoarece simt că moartea e parte din existenţa mea". Deşi câţiva din subiecţii lui Noyes au mărturisit o frică mai mare de moarte şi un simţ mai acut al vulnerabilităţii, marea majoritate a spus că o percepere mai acută a morţii proprii a constituit o experienţă pozitivă care a condus la o mai bună preţuire a vieţii şi la o reevaluare constructivă a priorităţilor acesteia.[16]

Mijloace artificiale pentru conştientizarea morţii. Deşi semnele naturale ale morţii sunt numeroase, terapeuţii constată adesea că ele sunt insuficient de puternice pentru a înfrânge negarea pacientului, în permanenţă vigilentă. În consecinţă, mulţi terapeuţi au căutat tehnici forte care să pună pacientul faţă în faţă cu moartea. În trecut, semnele intenţionate sau nu ale morţii erau mult mai comune ca azi. Prezenţa craniului în dotarea multora din chiliile medievale era un astfel de mijloc prin care se amintea de caracterul trecător al vieţii. John Donne, poetul şi clericul britanic din secolul al şaptesprezecelea, a scris o oraţie funebră adresată congregaţiei în care îndemna „să privim către eternitate". Mai devreme, Montaigne, în splendidul său eseu „A filosofa înseamnă a învăţa să murim", avea destule de spus despre memento-urile intenţionate ale finitudinii noastre:

> *Aşa cum cimitirele noastre stau în jurul bisericilor, în locurile cele mai umblate ale oraşului, pentru a obişnui, spune Licurg, norodul, şi femei şi copii, să nu se sperie la vederea vreunui mort şi ca neîncetata vedere a osemintelor, a mormintelor şi a petrecaniilor să le amintească de starea noastră: altădată era obiceiul să se înveselească ospeţele făcând să fâlfâie moartea şi să se dea spectacole de gladiatori; aceştia adesea se prăbuşeau printre cupe şi inundau cu sânge mesele banchetului (Silius Italicus, XI, 51); ca şi egiptenii care, după ospeţele lor, aduceau în văzul celor de faţă un mare chip al morţii şi cei care-l purtau strigau: „Bea şi te bucură, că aidoma vei fi mort"; aşa luat-am eu obiceiul nu numai să am moartea neîncetat în gând, dar să o şi pomenesc toată vremea; nimic altceva nu cercetez cu mai multă luare aminte decât moartea oamenilor: ce cuvinte, ce înfăţişare, ce purtare au avut înainte să moară, iar în istorii, partea pe care o amănunţesc mai mult aceasta este. Ar părea, după grămădirea pildelor mele, că am o aplecare deosebită în această privinţă. Dacă eram întocmitor de cărţi, aş fi scris un catastif despre feluritele morţi. Cine i-ar învăţa pe oameni să moară i-ar învăţa şi să trăiască.*[17]

Unii terapeuți care au folosit LSD în psihoterapie speculează că unul dintre principalele mecanisme de acțiune ale acestuia constă în aducerea pacientului într-o dramatică înfruntare cu moartea.[18] Alți terapeuți au sugerat că terapia de șoc (cu Metrazol și insulină sau cea electrică) are efect datorită experienței morții și a renașterii.[19]

Unii lideri ai grupurilor de întâlnire au folosit o formă de „șoc existențial", cerând fiecărui membru să își scrie propriul epitaf sau necrolog. Atelierele pe tema „destinului" adresate oamenilor de afaceri ocupați încep prin următorul exercițiu structurat:

> *Desenați pe o foaie albă o linie. Unul din capete reprezintă nașterea, iar celălalt moartea dumneavoastră. Puneți o cruciuliță unde vă găsiți. Meditați asupra acestui fapt pentru cinci minute.*

Este un exercițiu scurt și simplu care degajă aproape întotdeauna reacții puternice și profunde.

„Chemarea" este un exercițiu* folosit în grupurile mari pentru a spori conștientizarea finitudinii. Membrii sunt împărțiți în grupuri de câte trei și li se dă o temă de conversație. Numele fiecăruia este scris pe o bucată de hârtie, care e pusă într-un bol, de unde este extras la întâmplare și strigat. Individul al cărui nume a fost strigat se oprește din conversație și întoarce celorlalți spatele. Mulți participanți spun că rezultatul unui astfel de exercițiu este o conștientizare mai bună a arbitrarului și a fragilității existenței.

Unii terapeuți și lideri de grupuri de întâlnire folosesc o tehnică ce mizează pe imaginație pentru augmentarea conștientizării morții. Indivizilor li se cere să își închipuie propria moarte – „Unde se va întâmpla?", „Când?", „Cum?", „Descrieți în detaliu imaginea", „Închipuiți-vă propria înmormântare". Un profesor de filosofie descrie un număr de exerciții pe care le folosește în clasă pentru a spori conștientizarea morții. Spre exemplu, studenților li se cere să își scrie propriul necrolog (cel „real" și cel „ideal"), să își consemneze reacțiile emoționale la moartea tragică a unui orfan în vârstă de șase ani și să scrie un scenariu al propriei morți.[20]

Un grup axat pe experiența „ciclului vieții", oferit de Elliot Aronson și Ann Dreyfus, în cadrul programului de vară al Laboratorului Național de

* Sugerat de James Bugental.

 Training din Bethel, Maine, a ajutat participanții să se concentreze pe chestiunile importante din fiecare stadiu al vieții. În timpul dedicat bătrâneții și morții, participanții au petrecut câteva zile ca bătrânii. Li s-a cerut să meargă ca bătrânii, să se îmbrace ca bătrânii, să își pudreze părul și să joace rolul unor bătrâni pe care i-au cunoscut bine. Au vizitat cimitirul din localitate. S-au plimbat singuri prin pădure, și-au imaginat că își pierd cunoștința, că mor, că sunt descoperiți de prieteni și că sunt înmormântați.[21]

Sunt documentate mai multe ateliere dedicate conștientizării morții care folosesc exerciții structurate construite cu scopul de a furniza individului o întâlnire cu moartea.[22] Spre exemplu, W.M. Whelan descrie un atelier care constă într-o sesiune unică de opt ore a unui grup de opt persoane. Formatul era următorul: (1) membrii completează un chestionar pe tema angoasei morții și discută elementele angoasante. (2) Într-o stare de relaxare musculară profundă, membrii fantazează în detaliu, acordând atenție tuturor celor cinci simțuri, cu privire la propria moarte. (3) Membrilor li se cere să alcătuiască o listă a propriilor valori, iar mai apoi li se cere să își imagineze o situație în care un adăpost împotriva unui bombardament nuclear este capabil să salveze doar un număr limitat de oameni: fiecare membru trebuie să argumenteze pe baza ierarhiei sale de valori de ce ar trebui tocmai el să fie salvat (acest exercițiu este potrivit autorilor organizat pentru a recrea „stadiul de negociere" a lui Kübler-Ross!) (4) Iarăși, membrilor, aflați într-o stare de relaxare musculară, li se solicită să fantazeze cu privire la maladia lor terminală, la inabilitatea de a comunica și, în fine, la propriile funeralii.[23]

Interacțiunea cu cei aflați pe moarte. Pe cât de intrigante sunt astfel de exerciții, ele rămân totuși simulări. Deși cineva poate fi atras într-un astfel de exercițiu pentru o vreme, negarea se instalează repede, iar persoana își amintește că încă există și că doar observă aceste experiențe. Tocmai din cauza persistenței și omniprezenței negării ce calmează angoasa, cu niște ani în urmă, am început să tratez bolnavi care suferă de boli în stadiu terminal, indivizi care erau permanent antrenați de o experiență presantă și care nu puteau să nege ce li se întâmplă. Speranțele mele erau nu numai să fiu util acestor pacienți, ci și să pot aplica lucrurile pe care le-am aflat în cazul tratamentului celor sănătoși fizic. (Îmi vine greu să-mi găsesc cuvintele deoarece chiar esența abordării e că, de la începuturile sale, moartea e o parte a vieții. Prin urmare, voi folosi sintag-

ma „psihoterapie cotidiană" sau mai bine „psihoterapie pentru cei care nu vor muri imediat".)

Ședințele de grup în care sunt tratați pacienți în fază terminală sunt adesea extrem de încărcate afectiv și prilejuiesc împărtășirea a unei cantități importante de înțelepciune. Mulți pacienți simt că au învățat mult despre viață, dar că eforturile lor de a-i ajuta pe alții sunt zădărnicite. Un pacient se exprima astfel: „Simt că am atât de multe să-i învăț pe ceilalți, dar învățăceii mei nu vor să mă asculte". Am căutat căi prin care să pun în contact pacienții obișnuiți cu înțelepciunea și puterea celor aflați pe moarte. Voi descrie câteva experiențe limitate, rezultate din două metode diferite: (1) invitarea pacienților obișnuiți să observe ședințele unor grupuri de pacienți în fază terminală; (2) invitarea unui individ cu cancer terminal într-un grup psihoterapeutic obișnuit.

Observarea unui grup de pacienți cu cancer terminal de către pacienții obișnuiți aflați în psihoterapie. Karen, o pacientă despre care am mai discutat în capitolul 4, a observat întâlnirea unui grup de pacienți cu cancer. Conflictul său dinamic principal consta în căutarea unui semen dominant – un salvator suprem –, ceea ce lua forma masochismului fizic și psihic. Karen își punea interdicții sau își producea durere pentru a atrage atenția și protecția unei figuri „superioare". Întâlnirea pe care a observat-o a fost una realmente de efect. Una dintre paciente, Eva, tocmai anunțase grupul că a aflat de recrudescența cancerului său. A povestit că în acea dimineață făcuse un lucru pe care îl amânase multă vreme: scrisese copiilor, dându-le instrucțiuni cu privire la împărțirea anumitor bunuri de mică valoare, dar cu importanță sentimentală. Atunci când a pus scrisoarea în seif, a realizat cu o claritate pe care nu o mai întâlnise că, într-adevăr, ea nu va mai exista prea multă vreme. Așa cum am descris în capitolul 4, a realizat că, la momentul în care vor citi scrisoarea, ea nu va mai fi acolo să îi vadă sau să le răspundă. Își dorea, spunea ea, să își fi realizat travaliul legat de moarte când avea douăzeci și ceva de ani, și nu acum. Cândva, unul dintre profesorii cu care lucra murise. (Eva era directoare de școală.) Se gândea cât de bine ar fi fost dacă, în loc să ascundă moartea elevilor, ar fi organizat o ceremonie în memoria profesorului și ar fi discutat deschis moartea – moartea plantelor, a animalelor și a oamenilor – cu copiii. Și alți membri ai grupului au relatat momentele în care au realizat limpede că vor muri, iar unii

 au discutat despre modul în care s-au dezvoltat ca urmare a acestei revelații.

O discuție importantă a fost când una dintre membre a povestit despre o vecină care fusese perfect sănătoasă, dar într-o noapte a murit brusc. „Asta e moartea perfectă", a spus ea. O alta nu a fost de acord și, în câteva momente, a prezentat temeiuri convingătoare pentru ideea că o astfel de moarte nu e de dorit: decedata nu avusese timp să își pună în ordine lucrurile din viață, să termine chestiunile neterminate, să își pregătească soțul și copiii, să prețuiască sfârșitul vieții cum unii din grup au învățat. La aceasta, prima a glumit: „Tot la fel aș dori să mor. Îmi plac surprizele!"

Karen a reacționat puternic la această întâlnire pe care a observat-o. Imediat după aceea, ea a ajuns să înțeleagă multe lucruri despre sine, pe care le-am descris în capitolul 4. De exemplu, a realizat că, din cauza fricii de moarte, și-a sacrificat o bună parte din viață. Se temuse într-atât de moarte, că și-a organizat viața în jurul căutării unui salvator suprem; de aceea, în copilărie a simulat boala, iar la vârsta adultă a persistat în maladie pentru a rămâne în preajma terapeutului. În vreme ce observa grupul, a realizat cu groază că și-ar fi dorit să aibă cancer pentru a fi în acel grup și a sta lângă mine, poate chiar ținându-mă de mână (grupul s-a terminat cu o perioadă de meditație în care membrii se țineau de mână). Când am subliniat evidența – anume că nicio relație nu e eternă și că și eu voi muri – ea a răspuns că simțea că nu va fi niciodată singură atâta vreme cât putea să moară în brațele mele. Această reacție, ca și travaliul desfășurat ulterior asupra materialului astfel oferit, a ajutat-o pe Karen să intre într-o nouă fază a terapiei și, în special, să ia în calcul încheierea tratamentului – un punct pe care până atunci ea nu dorise niciodată să îl abordeze.

Susan era o altă pacientă obișnuită care a observat grupul. Susan era soția unui om de știință eminent care, la cincizeci de ani, a cerut în instanță divorțul. Pe parcursul căsătoriei trăise prin intermediari, slujindu-l și fiind fericită de realizările lui. Un model de viață deloc rar astăzi printre nevestele bărbaților de succes a avut în cazul său anumite consecințe tragice. În primul rând, nu și-a trăit viața; în efortul său de a câștiga aprecierea din partea persoanei dominante, s-a pus în umbră, și-a pierdut din vedere *propriile* dorințe, drepturi și plăceri. În al doilea rând, din cauza sacrificării propriilor năzuințe, interese, dorințe și spontaneități, a devenit un partener mai puțin stimulant, crescându-și riscul de divorț.

Pe parcursul travaliului nostru, Susan a trecut printr-o depresie severă și, treptat, a început să își exploreze sentimentele *proactive*, nu cele reactive, la care se limitase întotdeauna. Își simțea mânia – profundă, bogată și vibrantă; își simțea întristarea – nu pentru pierderea soțului, ci pentru pierderea de sine pe parcursul tuturor acelor ani; se simțea înfuriată pentru restricțiile pe care le acceptase. (De pildă, pentru a asigura condiții optime de lucru la domiciliu, nu îi era îngăduit să privească la televizor, să vorbească la telefon sau să grădinărească atâta vreme cât el era acasă – biroul său dădea înspre grădină, iar prezența ei îl distra.) Risca să fie copleșită de regretul că și-a pierdut atât de mult din viață, iar sarcina terapiei era să îi dea posibilitatea de a revitaliza ce-i mai rămânea din ea. După două luni de terapie, a observat o întâlnire impresionantă a grupului de bolnavi de cancer, a fost mișcată de experiență și s-a cufundat imediat într-o muncă productivă care i-a permis într-un sfârșit să înțeleagă că divorțul e mai degrabă o salvare decât un final. După terapie s-a mutat într-un alt oraș, iar câteva luni mai târziu a scris o scrisoare retrospectivă unde spunea:

> *În primul rând, am crezut că toate acele femei cu cancer nu au nevoie să li se amintească de moarte; conștientizarea morții le ajută cred să vadă lucrurile și evenimentele la adevăratele lor dimensiuni și corectează simțul nostru al timpului, un simț cam slab de felul lui. Viața care îmi mai rămâne poate să fie scurtă. Viața e prețioasă, nu trebuie pierdută! Regândește-ți valorile! Verifică-ți prioritățile! Nu lâncezi! Fă ceva!*
>
> *În ce mă privește, mi-am pierdut vremea. În trecut, din când în când, simțeam că sunt un simplu spectator sau un actor de rezervă care privește la spectacolul vieții din culise și care speră că într-o zi va fi și el pe scenă. Desigur, am avut frecvent parte de momente în care trăiam intens, însă cel mai adesea viața mea semăna cu o repetiție pentru „adevărata" viață, care urma să vie.* Însă ce se întâmplă dacă moartea vine înainte ca „adevărata" viață să înceapă? *Ar fi tragic să îmi dau seama când e prea târziu că n-am apucat să-mi trăiesc viața.*

Introducerea unui pacient care se luptă cu moartea într-un grup psihoterapeutic obișnuit. „Moartea e un soi de conferențiar", spunea romancierul John Fowles. „Nu auzi cu adevărat nimic din ceea ce se spune până nu

 ajungi în rândul întâi."[24] Cu ceva vreme în urmă, am încercat să-i pun pe cei șapte membri obișnuiți ai unui grup de terapie față în față cu moartea, introducându-l în grup pe Charles, un pacient suferind de un cancer incurabil.

Experimentul a produs un volum important de date. Am scris o relatare amănunțită după fiecare ședință, incluzând o trecere în revistă a fluxului narativ și a derulării, și am trimis-o membrilor grupului (o tehnică pe care am folosit-o cu grupurile ani la rând).[25] Alături de aceste relatări am avut și notele mele personale. De asemenea, deoarece era observat de după o oglindă semitransparentă de un număr de zece rezidenți, care discutau ulterior pe marginea celor întâmplate, grupul a fost extrem de studiat. Dintre toate consemnările observaționale, voi selecta și discuta câteva din cele mai interesante chestiuni care au reieșit în primele douăsprezece luni după ce Charles a fost inclus în grup.

Charles era un stomatolog divorțat, în vârstă de treizeci și opt de ani, care, cu trei luni înainte de a mă consulta, a aflat că are o formă de cancer pentru care nu exista un tratament chirurgical sau medicamentos. În cadrul interviului nostru inițial, a subliniat că nu simte că are nevoie de vreun ajutor pentru a face față problemei sale legate de cancer. Își petrecuse multe zile în biblioteci medicale, familiarizându-se cu evoluția, tratamentul și prognoza cancerului său. A trasat un grafic al evoluției clinice așteptate și a conchis că are cu aproximație între un an și un an și jumătate de viață utilă în față, urmată de un an de declin rapid. Am amintirea vie a două impresii din cursul primului interviu. În primul rând, m-a uimit lipsa unor sentimente manifeste: părea detașat, ca și cum vorbea despre un străin care a avut ghinionul de a se îmbolnăvi de o maladie rară. În al doilea rând, deși eram cutremurat de distanțarea față de emoțiile sale, am fost frapat de faptul că detașarea sa îi folosea extraordinar de bine în aceste circumstanțe. A subliniat că nu avea nevoie de ajutor pentru a face față fricii de moarte, dar avea nevoie de ajutor pentru a stoarce cât mai mult din viața care îi rămăsese. Cancerul îl făcuse să își îndrepte atenția asupra plăcerilor pe care le obținea în viața sa și a realizat că, dincolo de muncă, se bucura de puține gratificații importante. Dorea ajutor mai cu seamă în ceea ce privește îmbunătățirea relațiilor cu alți oameni. Se simțea distant în raporturile cu ceilalți și își dorea acea apropiere personală de care vedea că alții se bu-

cură. Relația cu femeia cu care trăise timp de trei ani era foarte tensionată și își dorea urgent să poată exprima și primi iubirea care existase între ei la începuturi.

Căutam de ceva vreme o persoană bolnavă de cancer pe care să o introduc într-un grup de psihoterapie cotidiană, iar Charles părea candidatul perfect. Voia ajutor chiar în acele domenii pe care terapia de grup le putea acoperi cel mai bine; în plus, bănuiam că va fi un ajutor nemăsurat pentru ceilalți membri. Era evident că nu stătea în obișnuința lui Charles să solicite ajutor: cererea sa era făcută cu greutate și icnind, dar, în același timp, era urgentă și sinceră, iar eu nu îl puteam refuza.

Terapia a șapte indivizi legați în rețeaua grupului e una extrem de complexă; iar pe parcursul următoarelor douăsprezece luni au ieșit la iveală o serie de chestiuni interpersonale și intrapersonale minunat de complicate, s-a lucrat asupra lor și, ocazional, au fost rezolvate. Desigur, nu pot descrie toate aceste evenimente, așa că voi plasa reflectoarele în special pe Charles și asupra impactului pe care el l-a avut asupra celorlalți și viceversa.

Pentru a anticipa, aș dori să spun că prezența cuiva aflat în pragul morții nu a deprimat grupul: atmosfera din interior nu a devenit morbidă, tonalitatea afectivă nu a devenit neagră și nici perspectiva, limitată sau fatalistă. Charles a avut mult de câștigat din activitatea desfășurată în grup și, din anumite puncte de vedere, situația sa a aprofundat nivelul discursului fiecăruia dintre ceilalți membri. Grupul nu a devenit monolitic, ci a discutat aceeași paletă largă de chestiuni de viață. Existau chiar momente în care negarea în masă își făcea prezența și, timp de săptămâni în șir, cancerul lui Charles părea a fi uitat de membri.

Autodezvăluirea este esențială în psihoterapie, fie ea de grup sau individuală. De asemenea, este important ca membrii să nu considere grupul ca un loc al confesiunilor forțate. Prin urmare, în ședința mea de orientare cu Charles, anterioară introducerii sale în grup, am avut grijă să îl informez, după cum îi informez pe toți membrii noi, că, pentru a primi ajutor din partea grupului, va trebui să fie cinstit cu privire la starea sa de sănătate și la grijile sale psihologice, însă poate adopta ritmul care îi convine. Ca atare, Charles a frecventat grupul timp de zece săptămâni înainte de a-l informa de cancerul său. Privind retrospectiv, decizia sa de a trece sub tăcere această informație apare ca înțeleaptă. Grupul nu l-a privit

 niciodată drept „un pacient de oncologie", ci ca pe o persoană care suferă de cancer.

Una dintre axiomele de bază ale grupurilor terapeutice interacționale este că grupul trebuie să se dezvolte ca un microcosmos social, pentru fiecare dintre membri. Orice persoană, mai devreme sau mai târziu, începe să relaționeze cu alți membri ai grupului în același mod în care relaționează cu indivizi din afara grupului; astfel, fiecare persoană își creează propria nișă interpersonală caracteristică. E ceva care s-a întâmplat rapid și lui Charles. În primele cinci întâlniri, membrii grupului au început să remarce că părea fie dezinteresat, fie critic la adresa multora din lucrurile pe care ei le spuneau. Treptat, au aflat de singurătatea sa, că avea dificultăți să se apropie de oameni, că nu putea să-și exprime sentimentele și că era autocritic.

Mai mult, era lipsit de răbdare și disprețuitor față de femeile din grup. Pe una o califica drept „pisăloagă" și „copilăroasă", sau cu altă ocazie drept o persoană „nesemnificativă", a cărei opinie nu are importanță pentru el. Cu o alta era lipsit de răbdare din cauza lipsei de logică din șirul său de cogitații și, de obicei, îi respingea comentariile intuitive drept niște „interferențe" sau „zgomote de fond" în cadrul sistemului. Odată, când ceilalți trei bărbați din grup absentau, Charles a rămas mai tot timpul tăcut, neconsiderând că are rost să participe la un grup în întregime feminin. Recunoașterea, înțelegerea ca și îndărătnicia atitudinilor față de femeile din grup au fost importante pentru ca eu să înțeleg unele din principalele teme conflictuale între el și femeile din viața sa.

Deși aceste probleme erau izbitoare în cadrul conflictelor interpersonale ale lui Charles, și l-au condus în zone asupra cărora voia să se aplece, grupul rămăsese extrem de nedumerit. Periodic, pe parcursul primelor câtorva ședințe ale lui Charles, membrii au remarcat că nu îl *cunosc* pe Charles și că părea ascuns, ireal și distant cu ei. (O altă axiomă a terapiei de grup e că atunci când cineva ține un secret important, tinde să fie inhibat global. Individul care poartă un secret nu numai că nu spune secretul central, dar devine în plus grijuliu să nu pună pe cineva pe o cale pe care ar putea ajunge la el.) În fine, în a zecea ședință, membrii l-au încurajat pe Charles să le împărtășească mai mult despre el, moment în care el a pus în discuție cancerul de care suferea, cam de aceeași manieră în care îl prezentase în sesiunile individuale de dinaintea grupului: detașat, factual și cu detalii clinice amănunțite.

Membrii grupului au răspuns dezvăluirii lui Charles în moduri specifice. Mulți au vorbit de curajul său și genul de model care le este astfel oferit. Mai ales unul dintre bărbați a fost impresionat de modul în care Charles vorbea despre obiectivul său de a obține cât mai multe de la viața care îi rămăsese. Acest pacient, Dave, a devenit conștient cât de mult amânase în propria viață și cât de puține gusta existența-i actuală.

Două membre au avut reacții foarte nepotrivite. Una, Lena, pe care am descris-o în capitolul 4, își pierduse ambii părinți la o vârstă fragedă și de atunci a rămas foarte speriată de moarte. Căuta protecția unui salvator suprem și a rămas pasivă, dependentă și copilăroasă. În mod previzibil, Lena s-a speriat și a reacționat nervos, aproape bizar, presupunând că și Charles suferea de același tip de cancer care o răpusese pe mama sa, iar mai apoi, extrem de nepotrivit, a descris cu lux de detalii în fața grupului schimbările fizice debilitante care i s-au întâmplat acesteia din urmă. Cealaltă pacientă, Sylvia, o femeie de patruzeci de ani care suferea de o uriașă angoasă de moarte, a explodat imediat iritată de pasivitatea lui Charles în fața propriei maladii. L-a mustrat pentru că nu a investigat alte surse de ajutor: vindecătorii prin credință, letrilul, chirurgii paranormali filipinezi, multivitaminele și așa mai departe. Când un alt membru i-a sărit lui Charles în ajutor, s-a iscat o ceartă înverșunată. Sylvia era atât de înfricoșată de cancerul lui Charles, că a încercat să se ia la bătaie, în speranța că asta îmi va furniza motive să o elimin din grup. În tot restul anului, reacțiile Sylviei față de Charles au continuat să fie tumultuoase. Contactul continuu cu el îi provoca o angoasă puternică. Deoarece evoluția clinică a Sylviei ilustrează bine câteva principii implicate în managementul și rezolvarea angoasei de moarte, voi descrie tratamentul ei în detaliu mai târziu.

Pe parcursul următoarelor patru săptămâni, în cadrul grupului s-au întâmplat evenimente importante. Una dintre membre, o asistentă pediatrică, a descris pentru prima dată relația sa apropiată cu unul dintre pacienți, un copil de zece ani care murise cu câteva luni înainte. Realiza cu durere că fie și în timpul scurt al celor zece ani, copilul trăise mai mult decât ea. Moartea copilului, împreună cu maladia lui Charles, au împins-o să încerce să abandoneze restricțiile autoimpuse și să trăiască pe deplin.

Un alt pacient, Don, era blocat de mai multe luni într-o încleștare transferențială cu mine. Deși jinduia mult la călăuzirea și sfatul meu, dorea să mă înfrunte în câteva moduri distructive. Spre exemplu, a aranjat sistema-

 tic să-i întâlnească pe membrii grupului altundeva, într-un gen oarecare de interacțiune socială. Deși discutaserăm deja de câteva ori că sabotează funcționarea grupului, Don simțea totuși că trebuie să își găsească aliați în interiorul grupului împotriva mea. După ce Charles a revelat grupului că avea cancer, Don a început să își schimbe sentimentele față de mine, iar tensiunea și antagonismul dintre noi s-au diminuat vizibil. Don a menționat cât de mult mă schimbasem din momentul în care Charles s-a alăturat grupului. A declarat că nu îi e ușor să o spună în cuvinte, dar brusc i-a scăpat: „Pe undeva, știu că nu ești nemuritor". A fost capabil să discute în detaliu câteva din fantasmele sale cu privire la salvatorul suprem – opinia că eram infailibil, că eram capabil să-i anticipez viitorul cu multă certitudine. Devenise capabil să își exprime mânia la reticența mea aparentă de a-i oferi ce eram capabil să-i ofer. Prezența lui Charles îi amintea lui Don că și eu, ca și el, trebuia să mă confrunt cu moartea și că toți eram uniți și egali din acest punct de vedere, enunțat de Emerson, care spunea undeva că „trebuie să ne păstrăm cumpătul, deoarece totul va fi o apă și un pământ într-o sută de ani". Brusc, lupta sa cu mine părea nebunească și trivială și, curând, am devenit mai degrabă aliați decât adversari.

Relația Lenei cu Charles a fost extrem de complexă. La început, a fost cuprinsă de mânie față de el din cauza așteptării ca el să o părăsească, asemenea mamei. A început să rememoreze pentru prima dată evenimentele de la moartea mamei (de când Lena avea cinci ani) și, în mod repetat, a retrăit mental experiența. Înainte de moarte, mama sa devenise foarte palidă; iar în primele câteva luni după ce Charles s-a revelat grupului, Lena a devenit anorexică și a pierdut alarmant de mult în greutate. Dinamica Lenei a devenit mult mai clară: se simțea atât de depășită de moartea oamenilor care îi erau apropiați, că alesese o stare de animație suspendată. Formula sa era „fără prietenii, deci fără pierderi". Avea patru bunici în vârstă și trăia zilnic așteptând vești despre moartea lor. Groaza sa era atât de mare că s-a privat de plăcerea de a-i cunoaște și a-i avea aproape. Odată a spus în grup: „Aș vrea să se grăbească și să moară odată, ca să termin". Treptat, a ieșit din aceste tipare și, de o manieră uimitoare, a stabilit un contact cu Charles. A început să îi arate grijă, ajutându-l, de pildă, la începutul ședinței să-și dea jos haina. Tot timpul, Charles a rămas pentru Lena cea mai importantă persoană din grup; și acceptând că plăcerea intensă pe care o avea când era aproape de el merita durerea unei even-

tuale despărţiri, a devenit progresiv capabilă să stabilească şi alte relaţii importante în viaţă. Într-un final, va trage un profit considerabil de pe urma experienţei din cadrul grupului cu Charles. În perioada în care ambii au frecventat grupul, ea a recuperat kilogramele pierdute, i-au dispărut dorinţele sinucigaşe, depresia s-a risipit şi, după ani de şomaj, a găsit o slujbă cu responsabilităţi şi care o mulţumea.

O altă membră a obţinut un alt gen de beneficiu din faptul că „stătea în rândul întâi". Divorţase, avea doi copii mici şi, în general, se simţea plină de resentiment şi lipsită de răbdare când venea vorba de ei. Doar ocazional, când unul se lovea sau era bolnav, devenea capabilă să manifeste sentimente pozitive şi tandre. Relaţia sa cu Charles a făcut-o să realizeze de o manieră acută trecerea timpului şi finitudinea vieţii. Încetul cu încetul, a putut să exploateze rezervorul de sentimente de dragoste faţă de proprii copii, fără să mai fie nevoie de apariţia unei maladii, de un accident sau de alte împrejurări care să-i readucă în minte natura muritoare.

Deşi grupul a avut parte de emoţii puternice, nu a existat niciodată mai mult afect decât putea să digere. În bună măsură, lucrul se datora stilului lui Charles. Arareori a etalat sau a părut să fie stăpânit de un afect puternic. Lucrul acesta a fost extrem de benefic pentru funcţionarea grupului, deoarece permitea dozarea afectului: emoţia apărea încet şi în cantităţi gestionabile. Totuşi, a sosit şi momentul în care stilul lui Charles, unde emoţiile erau înăbuşite, a trebuit să fie supus analizei. Una dintre întâlniri, de la câteva luni după mărturisirea făcută grupului de către Charles, este extrem de ilustrativă. Charles, stresat, şi-a început şedinţa de o manieră neobişnuită, declarând că are câteva întrebări pe care vrea să le pună analistului. Întrebările erau generale şi pretenţia unor răspunsuri precise şi cu autoritate era nerealistă. Voia nişte tehnici specifice de natură să îl facă să treacă peste distanţa menţinută în raporturile cu alţii şi a cerut o serie de recomandări care să îl ajute să îşi rezolve un conflict cu prietena sa. Charles a pus întrebările asemenea unui inginer eficient şi, evident, aştepta răspunsuri aidoma.

Grupul a încercat să răspundă întrebărilor lui Charles, dar el a insistat să îl audă pe liderul grupului, refuzând să-i ia în seamă pe ceilalţi. Aceştia au refuzat însă să tacă şi i-au împărtăşit sentimentele rănite şi enervarea provocată de tentativa de a le închide gura. Unul dintre membri a în-

 trebat amabil dacă graba întrebărilor lui Charles are vreo legătură cu faptul că timpul i se epuizează și are nevoie de o creștere a eficienței procesului desfășurat în cadrul grupului. Cu blândețe, treptat, grupul l-a ajutat pe Charles să spună ce-l frământa în ultimele zile. Cu lacrimi în ochi, a mărturisit că fusese foarte zguduit de două evenimente: urmărise la televizor un film despre moartea copiilor bolnavi de cancer și, datorită profesiei sale de dentist, participase la o lungă și „înspăimântătoare" conferință despre cancerul oral.

În posesia acestor informații, grupul s-a reîntors la comportamentul neobișnuit manifestat de Charles în cadrul întâlnirii. Insistența sa asupra unui răspuns precis din partea terapeutului la întrebările sale era expresia dorinței ca cineva să se îngrijească de el. O luase pe ocolite, a declarat el, deoarece îi era teamă de „efuziuni" sentimentale la scenă deschisă. Dacă drept răspuns i s-ar fi oferit sentimente „efuzive", asfixiante, el ar fi simțit că e mortificat.

Întrebărilor inițiale ale lui Charles li s-a răspuns în ședință, nu printr-o analiză a „conținutului" (adică prin sugestii specifice ale terapeutului), ci printr-o analiză a „procesului" (adică prin analiza relațiilor sale cu alții). A învățat că problemele în apropierea de alții, inclusiv de fosta soție și de prietenă, erau legate de afectul său înăbușit, de teama de sentimentele „efuzive" ale celorlalți, de accentul pe judecată și de ignorarea părerii semenilor, într-o încercare de a găsi o soluție sistematică venind din partea unei autorități.

Câteva săptămâni mai târziu, s-a întâmplat un episod similar care a confirmat și a întărit lecția primită de Charles. El a început ședința de o manieră clar belicoasă. Era adesea enervat de mărimea pensiei alimentare și, în acea zi, remarcase un articol într-un ziar care arăta cum femeile și avocații specializați în divorțuri exploatau bărbații neajutorați. El a extrapolat aceste remarci la femeile din grup și a încercat să le minimalizeze contribuțiile. Când grupul a investigat iarăși ce se întâmplase cu el, Charles a relatat din nou câteva evenimente extrem de emoționante care i se întâmplaseră în ultimele zile. Fiul său unic tocmai plecase de acasă la facultate, iar ultima zi petrecută împreună fusese dezamăgitoare pentru Charles. Dorise atât de mult să îi spună fiului cât îl iubește, dar luaseră ultima masă în tăcere, iar Charles se simțea disperat că irosise acea ocazie. De când fiul plecase, Charles fusese preocupat „de ce urmează". „Totul părea pe sfârșite", el simțind că intra în-

tr-o nouă fază, finală, a vieții. Nu îi era frică de moarte sau de durere, spunea Charles; se temea de fapt de neputință și neajutorare.

Evident, frica lui Charles de neputință și neajutorare era împărtășită de toți; totuși, ea îi provoca o groază aparte lui Charles, a cărui teamă de neajutorare era evidentă în reticența de a-și mărturisi vulnerabilitățile sau de a solicita ajutor. În această întâlnire, în loc să destăinuie grupului durerea și să ceară ajutor, Charles a început pe picior de război, fapt de natură să creeze distanță. Cancerul îl va face cândva fizic dependent de alții, iar el trăia cu teama acelei zile. Treptat, grupul l-a ajutat să își potolească teama, oferindu-i în numeroase ocazii oportunitatea de a-și dezvălui sentimentele de vulnerabilitate și de a cere ajutor de la alții.

Unul dintre membri, Ron, care participa la grup de mai bine de doi ani, se simțea suficient de bine pentru a ieși din terapie, și se gândea de ceva vreme să o încheie. În plus, avea o legătură amoroasă cu Irene, una dintre membrele grupului; iar atâta vreme cât ea era prezentă, îi era greu să folosească grupul. Atunci când membrii unui grup terapeutic formează un subgrup ori o diadă și dezvoltă o loialitate față de subgrup care depășește ca importanță dedicarea pentru misiunea principală a grupului terapeutic mai mare, demersul terapeutic se deteriorează grav. Tocmai aici ajunseseră Ron și Irene; iar într-una din întâlniri nu doar că aprobasem decizia lui Ron de a încheia, dar i-am și cerut-o atât de deschis, că gestul meu i-a accelerat decizia. Ședința de după plecarea lui Ron a fost agitată. O altă axiomă a grupurilor de terapie mici este că membrii expuși unui stimul comun vor avea răspunsuri extrem de individualizate. Fenomenul nu poate avea decât o explicație: fiecare membru posedă o lume internă diferită. Astfel, investigarea variațiilor în răspunsurile la același stimul dă adesea roade importante în cadrul terapiei.

Reacțiile Sylviei și Lenei au fost frapante. Ambele se simțeau foarte amenințate. Credeau că l-am dat pe Ron afară, opinie neîmpărtășită de restul membrilor. În plus, considerau decizia mea ca extrem de arbitrară și de nedreaptă. Erau supărate; și totuși se temeau să își exprime mânia, ca să nu fie și ele date afară din grup.

Travaliul desfășurat asupra acestor sentimente ne-a condus la investigarea principalelor structuri defensive – o credință în mântuirea de către un salvator ultim. Ambele erau atât de îngrozite să nu fie abandonate de către mine, că au făcut eforturi mari să mă calmeze. Pentru a-mi fi aproa-

 pe, s-au opus inconștient însănătoșirii, iar în plan conștient, au refuzat să comunice grupului orice schimbare care putea fi interpretată ca pozitivă. Prezența lui Charles în cadrul grupului a împins în față temerile lor de abandon și, mai adânc, de moarte. Atât Lena, cât și Sylvia au realizat încetul cu încetul că au avut reacții exagerate, că plecarea lui Ron era o decizie benefică și pentru Ron, și pentru grup, și că nimeni nu are a se teme că va fi exclus. Într-un final, au înțeles că reacția pe care au avut-o la incident era o reflectare a întregului lor comportament, a dependenței, a fricii de abandon și a tendințelor autolimitative care le caracterizau.

Reacția lui Charles la plecarea lui Ron a fost și ea puternică, după cum au fost și cele de la plecarea altor membri. A declarat că i-a provocat chiar o durere fizică în mijlocul pieptului. Era ca și cum îi fusese smuls ceva și se simțea extrem de amenințat de destrămarea grupului. Într-o ședință, Charles, același Charles care, cu câteva luni înainte, spunea că e steril din punct de vedere emoțional și că nimeni nu-i important pentru el, a mărturisit membrilor grupului cât de mult însemnau ei pentru el și, cu lacrimi curgând pe chip, le-a mulțumit pentru că, după cum spunea, îi salvaseră viața.

La un moment dat, un tânăr membru al grupului a făcut remarca stranie că îl invidia pe Charles pentru maladia sa mortală; dacă și el ar fi avut o boală mortală, ar fi fost silit să facă mai mult pentru propria viață. Grupul i-a amintit rapid tânărului că, în realitate, avea o maladie mortală și că diferența dintre Charles și restul lumii e că acesta e doar mai avansat. Adesea, Charles încerca să sublinieze acest lucru în fața celorlalți din grup. Cu o ocazie memorabilă, unul dintre membrii mai în vârstă s-a lamentat că „și-a irosit" viața: ratase atât de multe oportunități, atât de multe prietenii potențiale, atât de multe căi deschise în carieră. Își deplângea situația și încerca să evite experiența prezentului cantonându-se plin de remușcări în trecut. Charles a avut un efect extrem de puternic asupra lui prin aceea că i-a arătat clar că, deși încă nu își irosise viața, acum era pe cale să și-o „irosească".

Membrilor grupului li se reamintea din când în când de cancerul lui Charles și de moartea acestuia dintr-un viitor nu foarte îndepărtat. Periodic, fiecare era aruncat într-o confruntare cu moartea lui Charles, ca și cu cea proprie. O membră care negase tot timpul moartea a comentat că foamea de viață a lui Charles, curajul și modul în care el trata moartea îi oferiseră putere, precum și un model pentru viață și pentru moarte.

În momentul în care scriu aceste rânduri, Charles continuă să fie un membru activ al grupului. Și-a depășit cu mult evoluția prognozată și continuă să fie într-o formă fizică bună. În plus, și-a atins scopurile pentru care intrase în terapie. Se simte mai uman și nu mai e singur: relaționează mult mai deschis și apropiat cu ceilalți. A intrat într-o terapie de cuplu împreună cu prietena sa, iar relația cu ea s-a îmbunătățit mult. Prezența sa în cadrul grupului i-a influențat pe aproape toți membrii în mod profund; experiența pe care au avut-o cu Charles i-a scos pe fiecare din preocupările înguste ale existenței, insuflându-le dorința de a se bucura din plin de viață.

Moartea ca principală sursă de angoasă

Conceptul morții pune la dispoziția psihoterapeutului două instrumente importante. L-am discutat pe primul: moartea este de o importanță atât de uriașă că, dacă e înfruntată cum trebuie, poate modifica viziunea asupra existenței și favoriza o imersiune autentică în viață. Cel de-al doilea, de care mă voi ocupa acum, pornește de la premisa că teama de moarte constituie sursa primară de angoasă, că este prezentă de timpuriu în viață, contribuie la construcția structurii caracterului și continuă să genereze angoasă pe parcursul vieții, ceea ce conduce la suferință manifestă și la edificarea unor mecanisme psihologice de apărare.

Să enunțăm înainte de toate câteva principii terapeutice. E important să avem în minte că angoasa de moarte, deși e omniprezentă și cu ramificații pervazive și cu toate că există la cele mai profunde niveluri ale existenței, este puternic refulată și doar arareori e experimentată în adevăratul sens al cuvântului. Angoasa de moarte în sine nu devine o temă explicită în tratarea majorității pacienților, mai ales atunci când terapia e scurtă. Unii pacienți sunt totuși invadați de o angoasă de moarte prezentă chiar de la începutul curei. Există de asemenea situații în viață când pacientul are un atac de angoasă de moarte atât de puternic, încât terapeutul, oricât ar încerca, nu poate evita chestiunea. În plus, terapia aprofundată, de lungă durată, care explorează nivelurile profunde ale grijii, descoperă întotdeauna o vădită angoasă de moarte și, ca atare, aceasta din urmă va trebui luată în considerare.

Deoarece angoasa de moarte este atât de îndeaproape legată de existență, ea posedă o conotație diferită de alte „angoase", din alte sisteme de

referință. Deși terapeutul existențial speră să diminueze angoasele handicapante prin intensitate, el nu speră să eradicheze angoasa. Viața nu poate fi trăită și nici moartea nu poate fi înfruntată fără angoasă. Angoasa este deopotrivă inamic și ghid, putând indica drumul spre o existență autentică. Sarcina terapeutului constă în reducerea angoasei până la niveluri confortabile și, mai apoi, în utilizarea angoasei existente pentru a îmbunătăți receptivitatea și vitalitatea pacientului.

O altă chestiune care va trebui ținută minte e că, deși angoasa de moarte poate să nu își facă apariția în dialogul terapeutic, o teorie a angoasei bazată pe perceperea morții furnizează terapeutului un sistem de referință, un sistem explicativ, care poate crește gradul său de eficacitate.

Refularea angoasei de moarte

Am descris în capitolul 2 o ciocnire frontală între două automobile, care, în circumstanțe mai puțin norocoase, mi-ar fi putut provoca moartea. Reacția mea la acel accident poate sluji ca un model transparent pentru mecanismele angoasei de moarte în cadrul reacțiilor nevrotice. Să reamintim că, timp de o zi-două, nu am avut experiența niciunei angoase explicite, ci am putut constata o fobie legată de discuțiile din timpul prânzului. Ceea ce s-a întâmplat a fost că am „tratat" angoasa prin refulare și deplasare. Am legat angoasa de o anumită situație. În loc să îmi fie teamă de moarte sau neant, am devenit angoasat în legătură cu ceva. Angoasa este diminuată întotdeauna când e legată de un obiect sau de o situație precisă. Angoasa tinde să se transforme în frică. Frica e frică de ceva; are o localizare în timp și spațiu; și, deoarece poate fi localizată, poate fi tolerată și chiar „gestionată" (obiectul poate fi evitat și poate fi dezvoltat un plan sistematic de contracarare a fricii); frica e o atingere superficială și momentană – nu amenință structura profundă.

Cred că o astfel de desfășurare a evenimentelor nu este rară. Angoasa de moarte este puternic refulată și nu e o parte a experienței cotidiene. Gregory Zilboorg spunea atunci când vorbea de frica de moarte: „Dacă această frică ar fi permanent conștientă, am deveni incapabili să funcționăm normal. Pentru a ne duce viața cu un minim de confort, ea trebuie refulată așa cum trebuie"[26].

Fără îndoială că refularea și invizibilitatea ulterioară a angoasei de moarte este motivul pentru care mulți terapeuți îi neglijează rolul în cadrul muncii pe care o desfășoară. Însă terapeuții lucrează întotdeauna cu urme ale angoasei primare și apărări împotriva ei. Cât de des se întâlnește însă, de pildă, un analist cu o angoasă a castrării explicită? O altă sursă de confuzie este că teama de moarte poate fi experimentată pe mai multe niveluri. Cineva poate, de pildă, să se gândească la moarte calm și de o manieră intelectuală. Și totuși percepția unui astfel de adult nu e câtuși de puțin aceeași cu spaima de moarte care sălășluiește în inconștient, o spaimă care se formează devreme în viață, la un moment anterior dezvoltării formulelor conceptuale precise, o spaimă teribilă și primitivă, care există în afara limbajului și a imaginii. Nucleul originar inconștient al angoasei de moarte devine și mai înfricoșător prin adăugarea concepțiilor false ale copilului mic despre moarte.

Ca rezultat al refulării și al transformării, terapia existențială va avea ca obiect o angoasă fără referință existențială. Mai târziu în acest capitol, voi discuta cazuri unde regăsim o angoasă de moarte nedisimulată și, de asemenea, cum straturile de angoasă explicită de moarte pot fi atinse doar prin intermediul unei terapii intense și lungi. Însă paradigma bazată pe angoasa de moarte poate spori eficacitatea terapeutului chiar și în cazul parcursurilor terapeutice în care angoasa de moarte nu devine niciodată explicită.

Terapeutului i se pune la dispoziție un sistem de referință care-i sporește eficacitatea. La fel cum naturii îi repugnă vidul, oamenilor le repugnă incertitudinea. Una dintre sarcinile terapeutului este să sporească sentimentul de certitudine și stăpânire a pacientului. Capacitatea de a explica și ordona într-un tipar coerent și predictibil evenimentele din viață nu e o chestiune lipsită de importanță. A numi un lucru, a-l localiza într-o succesiune cauzală înseamnă a începe să îl resimți ca pe ceva controlabil. În acest caz, experiența noastră internă și comportamentul nu vor mai fi înfricoșătoare; comportamentul nostru (sau experiența internă) va fi astfel o reacție la ceva care poate fi numit sau identificat. A privi lumea prin intermediul lui „pentru că" ne transformă în stăpâni (sau ne conferă senzația înstăpânirii, ceea ce, din punct de vedere fenomenologic, este același lucru cu înstăpânirea). Cred că sentimentul de putere care decurge din înțelegere apare și în situația noastră existențială fundamentală: fiecare din-

 tre noi se simte mai puțin ineficace, mai puțin lipsit de ajutor, mai puțin singur chiar atunci când, ironic, lucrul pe care ajungem să îl înțelegem este că fiecare dintre noi este în ultimă instanță lipsit de ajutor și singur în fața indiferenței cosmice.

În capitolul anterior am prezentat un sistem explicativ psihopatologic bazat pe angoasa de moarte. Importanța unui astfel de sistem explicativ e la fel mare pentru psihoterapeut cât și pentru pacient. Orice terapeut recurge la un sistem explicativ – un anumit sistem de referință ideatic – pentru a organiza materialul clinic pe care îl întâlnește. Chiar dacă sistemul explicativ al psihoterapeutul este extrem de complex și de abstract și este adânc înrădăcinat în inconștient, încât nu poate fi transmis în formă explicită pacientului, el sporește totuși eficacitatea terapeutului în câteva moduri.

În primul rând, un sistem de credințe furnizează terapeutului un sentiment de siguranță din aceleași motiv pentru care explicația este utilă pacienților. Permițând terapeutului să controleze, și nu să fie debordat de materialul clinic al pacientului, un sistem de credințe sporește încrederea în sine și sentimentul controlului, ceea ce are ca efect faptul că pacientul dezvoltă speranță și încrederea în terapeut. În plus, sistemul de credințe al terapeutului servește stimulării interesului pentru pacient – un interes care facilitează mult dezvoltarea relației terapeut-pacient. De exemplu, cred că încercarea de a găsi o explicație cauzală genetică (altfel spus, „De ce e pacientul ceea ce este, dată fiind istoria sa?") reprezintă o cale greșită în procesul terapeutic; totuși, explicația trecutului are o funcție importantă în terapie: furnizează terapeutului și pacientului un proiect comun coerent, un os intelectual de ros, ceea ce îi aduce împreună și îi ține legați unul de altul câtă vreme adevăratul agent al schimbării, relația terapeutică, germinează și se maturizează.

Sistemul de credințe al terapeutului furnizează consistență remarcilor făcute în fața pacientului: îi face cunoscut terapeutului ce e de explorat și unde anume să *nu* forțeze lucrurile. Chiar dacă terapeutul nu construiește interpretări complete și explicite cu privire la rădăcinile inconștiente ale problemelor pacientului, poate totuși, subtil și la momentul oportun, să facă niște comentarii care, la un nivel profund și nerostit, sunt pe aceeași lungime de undă cu inconștientul pacientului și îl fac pe acesta din urmă să se simtă înțeles. Un sistem de credințe adânc înrădăcinat, fundamentat

pe nivelurile de bază ale existenței are avantajul de a comunica pacientului că *nu* există zone tabu, că orice subiect poate fi discutat și că, în plus, cele mai profunde griji nu sunt individuale, ci sunt comune tuturor ființelor omenești.

Sentimentul de certitudine al terapeutului, datorat sistemului explicativ psihopatologic, e benefic terapiei când nu e dus la extreme. Există un optim de certitudine pentru terapeut: excesul și deficitul sunt contraproductive. Din motive deja discutate, prea puțină încredere întârzie atingerea nivelului de încredere necesar. Prea multă încredere pe de altă parte conduce la rigiditate. Terapeutul respinge sau distorsionează datele care nu își găsesc un loc în sistem; în plus, terapeutul evită să se înfrunte o idee centrală din terapia existențială (idee pe care nici pacientul său nu o va putea asuma), anume că există incertitudine și că trebuie să învățăm cu toții să trăim cu ea.

Opțiuni interpretative: un caz de studiu ilustrativ

Dacă în capitolul 4 am descris anumite dinamici existențiale care stau la baza sindromurilor clinice care implică angoasa de moarte, în cele ce urmează voi prezenta o serie de opțiuni interpretative într-un caz de sexualitate compulsivă.

Bruce era un bărbat între două vârste care, din adolescență, cum zicea el, „alerga după fuste". Avusese relații sexuale cu sute de femei, însă nu îi păsase cu adevărat de niciuna dintre ele. Bruce nu se raporta la femei ca la niște persoane, ci ca la niște „bunăciuni". Femeile erau mai mult sau mai puțin interșanjabile. Erau importante în pat, însă, din momentul în care atingea orgasmul, nu mai simțea nicio dorință să fie împreună cu vreuna. Nu era deci neobișnuit ca, după ce femeia pleca, uneori doar după câteva minute, să plece în căutarea alteia. Caracterul compulsiv al comportamentului său era atât de clar, că devenise evident și pentru el. Realiza adesea că „e nevoit" și că „trebuia" să vâneze femei, chiar când nu o dorea.

Bruce putea fi înțeles din mai multe perspective, niciuna deținând hegemonia exclusivă. Accentele oedipiene erau cât se poate de evidente: dorea și se temea de femei care semănau mamei. De obicei, era impotent cu nevasta. Cu cât se apropia în călătoriile sale de orașul unde trăia mama

 sa, cu atât mai mare era dorința sa sexuală. În plus, visele sale gemeau de teme incestuoase și din registrul castrării. Existau dovezi și că heterosexualitatea sa compulsivă era alimentată de nevoia de a contracara erupția unor impulsuri homosexuale inconștiente. Stima față de sine a lui Bruce era sever afectată, iar seducerea femeilor putea fi înțeleasă ca o încercare de creștere a prețuirii pe care și-o arăta. De asemenea, privit dintr-o altă perspectivă, Bruce avea nevoie, dar, totodată, se temea de apropiere. Contactul sexual, deopotrivă apropiere și caricatură a apropierii, dădea satisfacție atât nevoii, cât și fricii.

Timp de peste opt ani de analiză și în câteva cure cu mai mulți terapeuți capabili, toate aceste explicații fost statornic explorate, și multe altele pe lângă, dar nu s-a înregistrat vreun efect asupra pulsiunii sexuale compulsive.

Câtă vreme am lucrat cu Bruce, am fost frapat de bogăția și de prospețimea temelor existențiale. Caracterul compulsiv al lui Bruce putea fi înțeles ca un scut împotriva confruntării cu propria situație existențială. De exemplu, era evident că Bruce se temea de singurătate. De câte ori era plecat din sânul familiei, Bruce făcea orice ca să nu trebuiască să își petreacă seara singur.

Angoasa poate fi un ghid util și câteodată terapeutul și pacientul trebuie să o tatoneze deschis. Ca atare, în momentul în care Bruce a putut să își tolereze mai bine angoasa, i-am sugerat să își petreacă o seară complet singur și să își consemneze gândurile și sentimentele. Ce a ieșit la suprafață atunci a fost extrem de important pentru cura sa. „Spaimă teribilă" e cea mai bună denumire pentru respectiva experiență. Pentru prima dată *din copilărie, i-a fost frică de supranatural. Dintr-o pură întâmplare,* pentru puțină vreme s-a întrerupt pe curentul, iar Bruce a fost îngrozit de întuneric. Și-a imaginat o femeie moartă întinsă pe pat (asemănătoare bătrânei din filmul *Exorcistul*); și-a imaginat că vedea un cap de mort la geam; s-a temut că putea fi atins de „ceva, probabil o mână de schelet cu zdrențe pe ea". Prezența unui câine l-a calmat mult și, pentru prima oară, a realizat legătura puternică între unii oameni și animalele lor de companie: „e nevoie nu neapărat de un companion omenesc, ci de ceva viu lângă tine", zicea el.

Groaza acelei seri a fost încetul cu încetul transformată de terapie în cunoaștere interioară. O seară de singurătate a clarificat mult funcția se-

xului. Fără protecția oferită de sex, Bruce resimțea o importantă angoasă de moarte: imaginile erau vii – o femeie moartă, o mână a unui schelet, un cap de mort. Cum îl proteja sexul de moarte pe Bruce? Într-un număr de moduri pe care le-am analizat în cadrul terapiei. Compulsivitatea sexuală, ca orice simptom, este supradeterminată. În primul rând, sexul era o sfidare la adresa morții. Exista ceva înspăimântător pentru Bruce în ceea ce privește sexul: fără îndoială, sexul era cât se poate de amestecat cu dorințe incestuoase și cu temeri de castrare punitivă, iar prin „castrare" nu înțeleg castrare literală, ci anihilare. De aceea, actul sexual era contrafobic. Bruce se menținea în viață vârându-și penisul în vârtejul vieții. Din acest punct de vedere, compulsivitatea sexuală a lui Bruce se îmbina perfect cu celelalte pasiuni ale sale – parașutismul, escalada și motociclismul.

Sexul triumfa asupra morții, întărindu-i lui Bruce credința în propriul statut special. Într-un anumit sens, Bruce rămânea viu deoarece era centrul propriului univers. Femeile gravitau în jurul său. Existau doar pentru el. Bruce nu le-a văzut niciodată ca posesoare ale unei vieți proprii. Își închipuia că ele rămân inactive; că, asemenea torționarilor lui Joseph K. din *Procesul* lui Kafka, erau acolo pentru el de fiecare dată când le deschidea ușa și că înghețau într-o stare de imobilitate când nu le solicita. Și desigur, sexul avea funcția de a preveni situațiile care prilejuiau o confruntare adevărată cu moartea. Bruce nu dorea să se confrunte cu singurătatea care acompaniază conștientizarea propriei morți. Femeile erau „ceva viu și apropiat", ca și câinele din noaptea teribilei spaime. Bruce nu era niciodată singur, ci întotdeauna în mijlocul unui coit (un efort frenetic de fuziune cu o femeie), în căutarea unei femei sau la câteva momente după ce părăsise o femeie. De aceea, căutarea unei femei nu era în realitate căutarea actului sexual, și nici măcar o căutare alimentată de pulsiuni infantile, atât de importante pentru viața sexuală, potrivit descrierii lui Freud[27], ci era o căutare care avea menirea să îi dea lui Bruce posibilitatea de a-și nega și a-și reduce angoasa de moarte.

Într-o fază mai avansată din cadrul terapiei, i s-a ivit ocazia de a se culca cu o femeie frumoasă, care era căsătorită cu superiorul său ierarhic. S-a gândit la șansa sa și a discutat cu un prieten care l-a sfătuit să nu o facă, deoarece ar fi putut avea consecințe distrugătoare. Bruce mai știa și că nu și-ar fi permis prețul pe care ar fi trebuit să îl plătească în materie de an-

 goasă și vinovăție. În final, într-o întoarcere cu o sută optzeci de grade, a renunțat pentru prima dată în viață la cucerirea sexuală. În următoarea oră de terapie, l-am încuviințat că acționează cum e mai bine pentru el.

Reacția la propria decizie a fost instructivă. M-a acuzat că îi răpesc plăcerile vieții. Se simțea înfrânt, terminat. A doua zi, deși putea să aibă parte de sex, a preferat să își petreacă vremea citind și făcând plajă. „E fix ce vrea Yalom, să îmbătrânesc, să stau la soare și să mă decolorez precum un rahat de câine", a gândit el. Se simțea lipsit de viață și deprimat. În acea noapte a avut un vis care e mai revelator decât orice alt vis pe care îl știu pentru utilizarea simbolismului oniric:

> *Aveam un arc și o săgeată frumoase. Le lăudam ca pe o mare operă de artă cu proprietăți magice. Tu și X [un prieten] nu erați de acord și ați subliniat că sunt doar un arc și o săgeată obișnuite. Am spus: „Nu, sunt magice, uite la asta și asta!" [arătând spre două protuberanțe] „Nu, sunt cât se poate de obișnuite", ai răspuns tu. După aceea ai continuat, demonstrându-mi cât de simplu era construit arcul, cât de ușor putea fi explicată forma lui dacă te uitai la nuiele și legături.*

Ceea ce visul lui Bruce ilustra atât de elegant este un alt mod în care sexul poate triumfa asupra morții. Moartea este legată de banalitate, de caracterul obișnuit. Rolul magiei este de a permite transcenderea legilor naturii, a obișnuitului, de a nega esența de creatură – o esență care ne condamnă la moarte biologică. Falusul său era un fel de arc, iar săgețile vrăjite, o baghetă magică prin care se ridica deasupra legii naturale. Fiecare aventură era un fel de viață miniaturală; deși fiecare în parte era un labirint și un drum fără ieșire, luate împreună, aventurile îi dădeau iluzia unei prelungiri constante a liniei vieții.

Pe măsură ce analizam materialul generat de deciziile sale – de a petrece vremea singur și de a *nu* accepta invitații sexuale – ni s-au deschis noi perspective nu doar asupra comportamentului său sexual, dar și asupra multor altor aspecte ale vieții lui. De exemplu, se raportase întotdeauna la alții de o manieră extrem de limitată determinată de sexualitate. Când compulsivitatea sa sexuală s-a micșorat, a început să se gândească pentru prima dată la rostul oamenilor, ceea ce a reprezentat punctul de plecare pentru o investigație valoroasă a modului în care Bruce se lupta

cu singurătatea existențială. Voi discuta această fază din cura lui Bruce în capitolul 9. Parcursul său terapeutic ilustrează cât se poate de bine interdependența tuturor grijilor fundamentale. Decizia lui Bruce, ca și reticența sa ulterioară de a accepta acea decizie, să treacă pe lângă invitația sexuală, era doar partea vizibilă a aisbergului în ceea ce privește o grijă existențială extraordinar de importantă, libertatea, dar mai ales în ceea ce privește asumarea responsabilității – tema capitolului 6. Într-un final, renunțarea lui Bruce la compulsia sexuală l-a pus în fața altei griji fundamentale – lipsa de sens. Odată cu eliminarea principalei sale *raison d'être*, Bruce a început să se confrunte cu problema scopului vieții – subiect al capitolului 9.

Angoasa de moarte în terapia de lungă durată

Dacă terapiile scurte ocolesc adesea în întregime orice explorare explicită a angoasei de moarte, orice terapie intensivă de lungă durată va fi incompletă fără să trateze conștiința și teama morții. Câtă vreme pacientul continuă să încerce să respingă moartea prin credința infantilă că terapeutul îl va elibera de ea, el nu îl va părăsi pe terapeut. „Câtă vreme sunt cu tine, nu voi muri" este refrenul nerostit care își face adesea simțită prezența în stadiile avansate ale terapiei.

Într-un articol important, May Stern descrie șase pacienți împotmoliți în analize interminabile.[28] În fiecare caz, travaliul asupra angoasei de moarte a condus la încheierea cu succes a curei. Un pacient reprezentativ era un bărbat obsesiv-compulsiv de treizeci și opt de ani cu o simptomatologie care includea insomnie, coșmaruri, ipohondrie și fantasme obsesive în cadrul relațiilor sexuale în care era înghițit de parteneră. Analiza a insistat îndelung asupra nivelurilor oedipiene și preoedipiene. Sensul acestor simptome a fost explorat în termenii angoasei de castrare, a unei identificări feminine incestuoase, a regresiei la un stadiu pregenital sau a incorporării orale, dar fără efect curativ. Doar atunci când terapeutul a trecut la un nivel mai adânc – sensul simptomelor în contextul fricii de moarte – s-a schimbat și tabloul clinic.

> *Într-un final, materialul transferențial, care cuprindea dorința de a căpăta din partea analistului o formulă magică, a dat naștere interpretării că el gân-*

dea analiza ca pe o protecție împotriva fricii de moarte și că nimeni nu fusese capabil să îl protejeze împotriva morții inevitabile. Interpretarea a provocat o răsturnare surprinzătoare, aproape dramatică. A adus în analiză temerile sale permanente de moarte, care se manifestau prin plângeri ipohondre, prin lupta disperată cu frica de neant de la începuturile perioadei sale de latență și prin dorința sa de a rămâne la infinit în analiză.

Un alt pacient care avusese multe simptome autodestructive – pasiunea pentru jocurile de noroc, pentru băutură, cearta continuă și tendințele masochiste continue – avusese și el parte de o analiză lungă, dar lipsită de succes.

De-a lungul analizei, nicio tehnică nu a fost capabilă să îl facă să renunțe la fantasma transpusă în act că, prin activitățile sale perverse, va stârni mânia analistului, care pentru el înseamnă să fie bătut. Orice interpretare de către analist era deturnată întru satisfacerea dorinței sale de a fi pălmuit și bătut; tăcerea era interpretată ca un răspuns ursuz al tatălui supărat. Analiza sa părea să fi intrat într-un impas... Într-un final, terapeutul a interpretat situația ca o fuziune cu analistul (tatăl), prin care voia să dobândească protecție. Interpretarea a generat o abundență de material analitic care înainte fusese inhibat. „Moartea e întotdeauna în preajma mea." Și-a amintit că în copilărie se gândise mult la moarte. „Mi-am înfrânt frica de moarte prin supunere... Violul anal era o pavăză împotriva morții." Îi părea rău că acest lucru nu îi fusese arătat înainte.

În acest caz, ca și în primul, analiza transferului a fost *via regia* către nivelurile subterane ale angoasei de moarte. Perspectiva istorică asupra transferului (altfel spus, transferul afectului de la o investire anterioară către una prezentă) are doar o valoare limitată în procesul actual al terapiei. Important este imediatul, dimensiunea lui acum și aici distorsionat de pacient. Pacientul a aflat că se folosea de analist ca de un scut împotriva conștientizării morții și temerilor. Treptat, el și-a înfruntat moartea și a ajuns să înțeleagă că și simptomele sale, alături de transfer, reprezintă modalități magice infantile de apărare împotriva morții (de exemplu, băutura reprezenta „fuziunea extatică în plan simbolic cu mama, ca apărare împotriva morții").

Fiecare din acești pacienți a avut ulterior parte de un progres vizibil, însă autorul a subliniat precaut că „o cotitură dramatică în cura pacienților se poate datora totuși faptului că interpretarea fricii de moarte a fost introdusă după ani de travaliu dificil, după ce posibilitatea încheierii analizei s-a ivit la orizont". În orice individ nevrotic există un substrat ținând de angoasa de moarte, care poate fi analizat într-o terapie amplă – un proces în care terapeutul încearcă să interpreteze atât simptomele pacientului, cât și transferul ca o tentativă de a învinge moartea.

Moartea nu poate fi ignorată într-o întreprindere de autoexplorare de proporții, deoarece sarcina principală a adultului matur este să ajungă să se împace cu realitatea declinului și a diminuării. *Divina comedie,* pe care Dante a scris-o vârsta de patruzeci de ani, poate fi înțeleasă pe multe niveluri alegorice, dar reflectă cu certitudine grijile autorului pentru propria moarte. Primele versuri descriu confruntarea temătoare cu natura noastră de muritori, conflict ce apare frecvent la mijlocul vieții.

Spre-amiaza vieții noastre muritoare,
Ajuns într-o pădure–ntunecoasă,
Mă rătăcii pierzând dreapta cărare.
Nu-i chip să spun, căci prea cumplit m-apasă
și mă-nfioară gândul ei, ce cruntă
mă-mprejmuia, ce-adâncă și stufoasă.[29]

Indivizii care au suferit în viață o traumă emoțională importantă și ale căror mecanisme de apărare nevrotice au condus la autolimitare pot întâmpina dificultăți extreme la mijlocul vieții, momentul în care îmbătrânirea și inevitabila moarte trebuie recunoscute. Terapeutul care tratează pacientul de vârstă mijlocie trebuie să aibă în vedere că o bună parte din psihopatologie provine din angoasa de moarte. Jaques, în eseul său asupra crizei de la mijlocul vieții, o spune clar:

Persoana care ajunge la mijlocul vieții, fie nu și-a făcut o situație profesională și maritală, fie și-a construit-o printr-o activitate maniacală, prin negarea de sine și prin sărăcirea emoțională pe care o implică, va fi prost pregătită pentru solicitările acestei vârste, ca și pentru bucuriile ei. În astfel de cazuri, criza de la mijlocul vieții și întâlnirea cu viziunea că viața va trebui trăită în orizontul morții care se

apropie vor fi resimțite ca o perioadă de tulburare psihologică și de căderi depresive. Căderea depresivă poate fi însă evitată prin intermediul întăririi apărărilor maniacale, ceea ce conduce la eliminarea depresiei și a amenințărilor îmbătrânirii și ale morții, dar cu o acumulare a angoasei persecutorii, care va trebui înfruntată atunci când inevitabilitatea îmbătrânirii și a morții își va cere recunoașterea.

Încercările compulsive de a rămâne tineri ale multor bărbați și femei care ajung la mijlocul vieții, preocuparea ipohondrică pentru sănătate și înfățișare, apariția promiscuității sexuale, menită să dovedească tinerețea și potența, sentimentul vidului și lipsa unui gust autentic pentru viață, ca și frecvența preocupărilor religioase reprezintă cu toate tipare familiare. Sunt încercări de a evada din timp.[30]

Angoasa de moarte ca simptom major: un studiu de caz

Adesea terapeuții întâlnesc pacienți pentru care angoasa de moarte joacă un rol atât de central și explicit, că nu este nevoie de deducții pentru a o depista. Acești pacienți sunt adesea obositori, pentru că terapeuții, din momentul în care realizează că problema morții nu poate fi ocolită, devin inconfortabil de conștienți de faptul că nu sunt în posesia instrumentelor conceptuale care să le orienteze activitatea.

Un astfel de pacient era Sylvia, despre care am vorbit mai devreme în acest capitol în calitate de membru al grupului terapeutic în care a fost introdus Charles, pacientul cu cancer avansat. Sylvia era o arhitectă divorțată, în vârstă de treizeci și șase de ani, care avusese parte de reprize discontinue de psihoterapie pe parcursul ultimilor zece ani. Era alcoolică, deprimată cronic, obeză, angoasată, singură, suferindă de probleme psihosomatice, ce includeau dureri de cap, urticarii, dureri de spate, dificultăți de auz și astmă. Avea un conflict grav cu fiica sa de treisprezece ani și cu ceilalți doi copii mai în vârstă, care, din cauza alcoolismului și al comportamentului ei imprevizibil, au ales să trăiască împreună cu tatăl lor. Terapiile sale anterioare (individuale, de grup și familiale) au avut efecte reduse. Un an și jumătate de terapie într-un grup pentru alcoolici a ajutat-o pe Sylvia să restabilească oarecum controlul asupra înclinației spre băutură. În rest, a păstrat totuși un nivel constant al stresului; terapia reprezenta pur și simplu o modalitate de a-și „conserva" situația.

Introducerea lui Charles în grupul terapeutic (din care ea făcea deja parte de câteva luni) a schimbat radical cursul curei sale. A pus-o cu forța față în față cu ideea morții; iar anumite teme importante, până atunci trecute cu vederea, au apărut în prim-planul tabloului său clinic.

Atunci când Charles a informat grupul că suferă de un cancer incurabil, prima reacție a Sylviei a fost irațională. Am vorbit mai devreme furia sa îndreptată asupra lui Charles pe motiv că se abandonează cancerului și nu caută metode alternative care să îi ofere un ajutor medical. Două săptămâni după ce Charles a informat grupul cu privire la cancer, Sylvia a avut o reacție de panică. Cumpărase o canapea de piele pentru casa sa și era ciudat de deranjată de miros. În plus, avea în gazdă un artist și a devenit convinsă că emanațiile vopselelor de ulei sunt toxice. În acea seară, a făcut o ușoară urticare pe față, iar în toiul nopții s-a sculat grav panicată, convinsă că va muri ca urmare a unei crize respiratorii declanșată de o reacție alergică la sofa și la emanațiile de vopsea. A devenit din ce în ce mai înfricoșată și a sfârșit prin a chema o ambulanță în toiul nopții. A reînceput să bea, iar trei săptămâni după apariția lui Charles, a fost arestată pentru conducere sub influența alcoolului. A declarat că episodul a fost o formă de sinucidere; simțea că sinuciderea era o modalitate de a controla cumva moartea deoarece oferea posibilitatea de a deveni stăpâna activă a propriei sorți în loc să fie „înghițită de ceva oribil". Nivelul său de anxietate a rămas ridicat timp de mai multe săptămâni, fiind atât de intens, că a pus problema să părăsească grupul de terapie. Simultan, a dezvoltat convingerea că „nu mai avea multe zile de trăit în cadrul grupului", iar eu încercam să scap de ea. Când am trimis-o din cauza durerilor de cap la un medic internist pentru o consultație, a căzut într-o depresie acută și a interpretat gestul meu ca pe un mesaj că refuzam să mai am grijă de ea, trimițând-o altcuiva. Când în grup au fost introduși oameni noi, a devenit convinsă că fuseseră aduși ca să o înlocuiască.

După ce angoasa inițială s-a calmat, Sylvia a încetat să îl evite pe Charles și a început să stabilească un contact cu el, la început timid, iar apoi mai decis. Îmi amintesc de o întâlnire în care Charles era deprimat sau angoasat, iar Sylvia a fost cea care, dintre toți membrii, a găsit curajul să întrebe tare dacă era preocupat de cancer sau de trecerea timpului. Treptat, Sylvia a început să se gândească și să vorbească mai mult despre grijile sale centrale: îmbătrânirea, teama de a se îmbolnăvi de cancer, groaza de

 singurătate. A devenit preocupată de moartea mamei sale și a început să se gândească la evenimentele legate de ea mai detaliat și mai intens decât o făcuse în ultimii cincisprezece ani. Aceste teme fuseseră tot timpul prezente: totuși, nu au fost niciodată abordate formal în terapie.

Cazul Sylviei furnizează o probă elocventă despre faptul cum sistemul de referință al terapeutului controlează conținutul și materialul furnizat de pacient. De exemplu, Sylvia avea de cincisprezece ani o insomnie severă și fusese tratată de mulți clinicieni, cu varii abordări, prescriindu-i-se și o cantitate uriașă de sedative. Câteva săptămâni după ce Charles a devenit membru al grupului, și-a descris iar insomnia rebelă, însă de data asta, deoarece terapeutul era pe altă frecvență, a adăugat informația că, timp de ani, s-a trezit practic în fiecare noapte între 2:00 și 4:00 năpădită de transpirație și spunându-și: „Nu vreau să mor, nu vreau să mor". În cei zece ani de terapie anteriori (inclusiv doi ani cu mine), nu comunicase asta vreunui terapeut!

Când am folosit angoasa de moarte drept principiu central de organizare, multe simptome și evenimente disparate au început să se așeze într-un tipar coerent. Atacurile de panică ale Sylviei, care adesea declanșau reprize de mâncat și băut excesiv, erau inițiate aproape inevitabil de o insultă la adresa corpului său, de sugestia că suferă de o boală fizică sau că a decăzut. Angoasa de moarte era în cazul Sylviei întotdeauna mai mare când se găsea singură. Mesajul implicit pe care îl transmitea fiicei sale de treisprezece ani era: „Nu crește, nu mă părăsi! Nu suport să fiu singură. Vreau să rămâi la vârsta de acum și să stai cu mine. Dacă tu nu crești, nici eu nu voi îmbătrâni". Acest mesaj a afectat-o profund pe fiica sa, care manifesta un comportament delincvent grav.

Principalul mecanism de apărare al Sylviei împotriva angoasei era credința în existența unui salvator suprem, o credință care stătea la temelia caracterului său oral (ce se manifesta în parte prin alcoolism și obezitate) și era cu precădere evidentă în raportarea la terapeuți și terapie. Era permanent servilă și respectuoasă. Nu se temea de nimic mai mult decât de posibilitatea de a fi respinsă sau abandonată de ei. De aceea, își exagera nevoile, ascundea orice progrese pe care le făcea și, adesea, se prezenta exagerat de confuză și lipsită de ajutor. Munca sa în cadrul terapiei era, se pare ca, prin intermediul unui număr de strategii, să se prezinte ca fiind atât de fragilizată, încât terapeutul să fie forțat să o călăuzească și să îi ofere alinare.

Cu cât Sylvia se confrunta mai mult cu aceste probleme, cu atât mai mult creştea angoasa. Curând se simţea atât de rău, că a trebuit să aibă parte de tratament mai mult decât o dată pe săptămână în cadrul grupului de terapie. Am văzut-o într-o serie de şedinţe individuale în care am realizat o analiză punctuală a grijilor sale legate de moarte.

Moartea mamei sale fusese cel mai dureros eveniment din viaţa Sylviei şi nu se putea gândi la el altfel decât cu oroare. Când mama s-a îmbolnăvit de cancer cervical, Sylvia şi-a părăsit familia şi, la douăzeci şi cinci de ani, a fugit către mama sa, îngrijind-o în ultimele luni de viaţă. Mama sa era fie inconştientă, fie extrem de iraţională, având momente în care halucina şi era paranoidă. Deoarece îşi pierduse controlul vezicii şi al tranzitului intestinal, avea nevoie permanent de îngrijirile Sylviei. Într-un final, în mijlocul excrementelor şi mirosurilor doborâtoare, horcăind şi scoţând sânge şi mucus pe gură, mama sa a murit. Sylvia şi-a adus aminte de impresia că, în acele momente, capul îi era deconectat de corp, că se umfla şi îi crăpa (asemenea durerilor de cap pe care le-a avut după ce Charles s-a alăturat grupului).

Sylvia avea numeroase amintiri înfricoşătoare din copilărie cu privire la moarte. Bunicul său murise când avea şapte ani, iar bunica sa şase luni mai târziu. Ea îşi amintea că îşi văzuse bunica întinsă în sicriu şi că avusese convingerea că i se tăiase beregata. (Privind retrospectiv, crede că bunica sa avusese o operaţie la tiroidă.) La doisprezece ani, un coleg de şcoală s-a înecat, iar ea a fost la înmormântare – o altă experienţă care a înfricoşat-o.

Sylvia însăşi fusese un copil bolnăvicios, iar mama sa îi spunea adesea cât de aproape de moarte fusese când era mică (iar ea şi-o amintea spunând asta prietenilor şi rudelor). Avusese câteva episoade de pneumonie în primii cinci ani de viaţă. La şase ani, îşi rupsese mâna şi căpătase o osteomielită cronică. Cu acea ocazie, trebuise să fie operată şi îşi amintea cu mare groază de masca pentru eter. De atunci, suferea de o angoasă puternică în legătură cu anestezia. La fiecare naştere a sa, anestezia îi provoca o angoasă de moarte atât de puternică, că a avut scurte episoade psihotice.

Cea mai timpurie amintire a sa era că, la o vârstă foarte mică, „fusese moartă", şi o mătuşă îi masase picioarele, probabil în încercarea de a o readuce la viaţă. Credea că intrase în comă şi îşi aminteşte că mătuşa plân-

 gea. De asemenea, ținea minte că, de fiecare dată când corpul său era atins, simțea o durere intensă, dar nu putea vorbi sau comunica în niciun mod, ca să îi spună mătușii să nu o mai maseze. O a doua amintire timpurie e că era moartă și plutea în afara corpului, încercând cu disperare, fără succes, să reintre în el.

Alături de aceste experiențe de natură să inducă sensibilități care au expus-o la moarte „prea mult și prea devreme", alți câțiva factori din viața lui Sylvia au împiedicat-o să își construiască mecanisme de apărare tradiționale împotriva spaimei morții. Nu era câtuși de puțin înclinată să caute sprijin la mama sau tatăl său. Tatăl părăsise familia când încă era mică, iar pe mama sa și-o amintea ca pe o persoană iresponsabilă, în care nu se putea pune bază. Mama se panica la orice îmbolnăvire sau rană fizică, chemând un alt membru al familiei pentru îngrijirile trebuitoare. Nu fusese disponibilă pentru Sylvia din punct de vedere emoțional sau fizic: în preadolescența Sylviei chiar, mama pleca de acasă zile în șir, probabil cu un bărbat, lăsând familia în grija sa exclusivă. Mama se luptase cu moartea cu o groază neostoită, furnizându-i Sylviei un model care a sensibilizat-o încă și mai mult la teama de moarte. (Mulți pacienți relatează că felul în care părinții lor se confruntă cu moartea e extrem de important în formarea propriilor atitudini față de moarte. Această observație are consecințe evidente asupra tratamentului pacientului aflat pe moarte: o cale de a păstra un sens în viață până la capăt provine din modelul oferit celorlalți).

Angoasa de moarte era în cazul Sylviei în mod evident supradeterminată. Nu numai că avusese parte de ea prea mult și prea devreme (experiențe timpurii în care viața îi fusese periclitată, dar și frecvența cu care mama i-a reamintit că era să moară), dar totodată fusese incapabilă să dezvolte mecanismele de apărare tradiționale, bazate de negarea morții. Nu se putea aștepta la apărare sau salvare din partea părinților: tatăl său murise, iar mama se dovedea depășită de viață. Nu putea nici să exileze moartea pe un tărâm îndepărtat și nici să își construiască o credință în propria inviolabilitate. Moartea era o prezență iminentă și fusese gata să îi cadă pradă de câteva ori, motiv pentru care se considera foarte vulnerabilă și fragilă.

Sylvia își amintea că încercase să caute alinare în religie și că îi cerea bunicii să îi demonstreze că Dumnezeu există, deoarece, dacă ar exista, ar împiedica-o să moară sau ar fi avut grijă de ea după moarte. Fusese cres-

cută în spiritul credinței baptiste din sudul Statelor Unite, cu toată recuzita religioasă referitoare la iad și pucioasă. De câteva ori în copilărie, când fusese bolnavă, promisese lui Dumnezeu: „Cruță-mi viața și mă voi călugări, dăruindu-mi viața Ție". Acum, după zeci de ani, încă se mai gândea la încălcarea contractului.

Ședințele individuale pe care le-am dedicat anamnezei morții au fost unele productive, iar Sylvia a devenit mult mai conștientă de dimensiunile fricii sale de moarte și de rolul pe care îl juca această angoasă în viața sa. Pe măsură ce terapia de grup continua, și-a dat seama că era îngrozită de bătrânețe și de apărarea sa extrem de dezadaptativă, care consta în tatici de „nemișcare și camuflaj". Cu alte cuvinte, și-a suspendat viața și dezvoltarea, în speranța magică a faptului că moartea, pur și simplu, va uita de ea. Și-a neglijat înfățișarea și își petrecea weekendurile și serile vegetând. Devenise din ce în ce mai obeză, din cauza credinței magice că, dacă nu ajungea slabă și palidă ca mama sa, va putea evita moartea (Hattie Rosenberg descrie o dinamică identică în cazul unuia dintre pacienții săi[31]). Suspendarea vieții s-a revelat în cadrul grupului în momentul în care unul dintre bărbați i-a adus de ziua sa flori. Pe măsură ce își revenea, își dădea seama cât de mult își dorea un iubit, cât de multe ratase în ultimii ani în echilibristica sa pe linia între viață și moarte.

Sylvia și-a dat de asemenea seama că se vedea ca pe o muribundă și cerea altora să o trateze în consecință. Odată, când a fost atacată în cadrul grupului pentru ruminațiile sale ipohondrice, a izbucnit: „Cum puteți să mă tratați așa când eu mor?" A realizat absurditatea celor zise, dar și că era o frază pe care o spunea *sotto voce* de ani buni.

O bună parte din travaliul Sylviei în cadrul grupului se concentra asupra relațiilor cu Charles și cu mine. Relația sa cu Charles a devenit mult mai realistă: a renunțat la a-i mai nega boala, a încetat să-l îndemne să caute ajutorul unui vindecător și a încetat să se mai întreacă pentru titlul de membru al grupului cel mai aproape de moarte. Săptămână după săptămână, a renunțat la credința în omnipotența mea. Se crampona de o imagine exagerată a mea, dar și-a dat totodată seama de lipsa sa de toleranță la posibilitatea ca eu să greșesc. Ca atare, aveam grijă să nu intru în rolul unei ființe omnisciente și eram cât se poate de deschis și transparent. Progresele Sylvei au devenit vizibile și consistente. A început să înfrunte moartea în loc să fie paralizată de ea. A realizat că pentru a scăpa de

 angoasa de moarte încercase în trecut să fuzioneze cu terapeutul și prietenii. Chiar și televizorul slujea aceluiași scop, atunci când era extrem de îngrozită de moarte: se uita îndelung la televizor, deoarece „fie și auzul unei voci mă face să îmi dau seama că încă sunt vie". Nu a mai fost înfricoșată de singurătate, și a început să simtă că ar putea să ducă o viață satisfăcătoare, chiar în absența unei relații de dependență față de un copil sau un bărbat. (Un proverb vechi zice: „Cine își duce singur lumina, nu se teme de întuneric".)

A început să se îngrijească, să slăbească și să își construiască o viață socială în afara grupului. Timp de doi ani, grupul reprezentase întregul său univers social, iar în momentul în care a anunțat că va pleca mai repede cu treizeci de minute pentru că trebuie să ia masa cu cineva, am realizat că se apropie momentul în care trebuie să încheie cura. Cel mai frapant eveniment a fost totuși anunțul că, de câteva săptămâni, se gândește zilnic la moartea mamei – nu o ruminație obsesivă cum fusese adesea în trecut, ci o meditație conștientă asupra tuturor aspectelor oribile ale morții mamei, în intenția deliberată de a le domina prin familiarizare completă. Decizia era cu atât mai importantă, cu cât era clar că era un plan pe care îl concepuse ea însăși, și nu unul sugerat de terapeut. Ani de zile fusese obsedată de ideea că va muri la aceeași vârstă ca mama sa. Grupul a observat că nu mai discuta despre această obsesie, la care ea a replicat: „Nu m-am mai gândit la asta de multă vreme. Pur și simplu, nu mai face parte din experiența mea. Acum trăiesc."

A decis ferm să termine terapia de grup și, cum era de așteptat, a suferit o recrudescență a multor simptome. A avut coșmaruri, atacuri de panică legate de moarte în toiul nopții și dorința pasageră de a cere ajutor unei ființe superioare. Exacerbarea simptomatologiei a fost totuși de scurtă durată, în parte probabil datorită predicției terapeutului că toate acestea se vor întâmpla, ca răspuns la durerea încheierii. În ultima sa ședință, a povestit următorul vis:

> *Eram într-o grotă mare, unde se afla un ghid care promisese să îmi arate o expoziție uimitoare. Totuși, în grotă nu se găsea nimic, nici picturi și nici o operă de artă de vreun fel. Mai apoi, m-a dus într-o altă cameră și nici aici nu erau picturi sau vreun fel de expoziție. În fine, singurul lucru pe care îl puteam vedea erau două ferestre prin care se putea întrezări un cer mohorât, cenușiu și*

niște stejari. După aceea, spre ieșire, ghidul s-a metamorfozat brusc; avea părul roșu și un magnetism incredibil care m-a făcut să cred că era absolut electric. Se petrecea ceva extrem de puternic între noi. La scurt timp după aceea, l-am văzut iar, dar păruse să își fi pierdut orice magnetism, devenind iarăși un bărbat în blue jeans.

Visul este o imagine splendidă și pătrunzătoare a renunțării la magie; o înfățișează pe Sylvia renunțând să mai creadă în virtuțile binefăcătoare ale salvatorului suprem. În vis, nu sunt în stare să-i arăt o expoziție sclipitoare. În loc de picturi ce-ți iau ochii, îi ofer doar o privire prin fereastră spre realitatea ternă a lumii. Spre finalul visului, Sylvia face o ultimă încercare să mă prindă în mrejele magiei: devin brusc o ființă cu puteri supraomenești. Însă vraja veche a autoamăgirii și-a pierdut din forță, așa că redevin ceea ce sunt de fapt – un ghid și nimic mai mult.

În terapiile sale anterioare, Sylvia avea reacții intense la despărțirea de terapeut. Era într-atât de înfricoșată de separare, de bun-rămas, de conștientizarea faptului că puterile terapeutului sunt limitate, încât lipsea de la ultimele ședințe și întrerupea relația în mod brusc. Acum ea înfrunta direct procesul de separare (și elementele subiacente ce amintesc de moarte) în același mod în care își înfruntase angoasa: decât să fie depășită de situație, mai degrabă a luat lucrurile în piept și a trecut *prin* angoasă pentru a avea o viață mai bogată decât înainte.

Probleme de psihoterapie

Negarea de către pacient și terapeut

În pofida omniprezenței morții și a numărului important de ocazii de a fi explorată, majoritatea terapeuților vor găsi sarcina de a deschide ochii pacienților către realitatea angoasei de moarte extrem de dificilă, după cum dificilă li se va părea analiza aferentă. Negarea pune bețe în roate procesului la fiecare pas. Frica de moarte există la fiecare nivel de conștientizare – de la nivelurile conștiente, superficiale, intelectualizate până pe cele mai adânci paliere ale inconștientului. Adesea, receptivitatea superficială a pacientului la interpretările terapeutului e în profitul negării pe niveluri mai adânci. Pacientul poate răspunde la sugestiile terapeutului ca să își exami-

 neze sentimentele cu privire la finitudine, însă, treptat, ședința devine neproductivă, materialul se epuizează, iar discursul se transformă într-o discuție intelectualizată. În aceste momente, este important ca terapeutul să nu se grăbească și să sară la concluzia greșită că puțul a secat. Blocajul, lipsa asocierilor, diluarea afectului sunt cu toate manifestări ale rezistenței, și trebuie tratate ca atare. Una dintre primele descoperiri ale lui Freud provenite din practica terapiei dinamice a fost că terapeutul se lovește constant de o forță psihologică din interiorul pacientului care se opune muncii terapeutice. („Prin travaliul meu psihic, am învins în pacient o forță psihică, ce se opune conștientizării reprezentărilor patogene.")[32]

Terapeutul trebuie să fie perseverent. El trebuie să continue să strângă dovezi, să lucreze cu vise, să adune observații, să repete anumite lucruri, deși accentuând diferit, iarăși și iarăși. Observațiile cu privire la existența morții pot părea banale, atât de evidente că terapeutul simte că ar fi prostesc să le facă. Și totuși simplitatea și insistența sunt necesare pentru a înfrânge negarea. O pacientă deprimată, masochistă, cu înclinații sinucigașe, într-o ședință de debriefing la câteva luni după terminarea terapiei a indicat cel mai important comentariu pe care îl făcusem pe parcursul curei. Tânjea adesea după moarte și, alte dăți, după diversele lucruri pe care le-ar fi putut face în viață. Nu o dată făcusem remarca stânjenitor de simplă că există o singură derulare a evenimentelor: mai înainte vine experiența vieții și, abia apoi, vine moartea.

Pacientul nu este singurul care neagă, desigur. Adesea negarea terapeutului conspiră cu negarea pacientului. Terapeutul, nu mai puțin ca pacientul, trebuie să se confrunte cu moartea și să fie angoasat în fața ei. E nevoie de multă pregătire din partea terapeutului care, în munca sa cotidiană, trebuie să aibă percepția morții. Eu și coterapeutul meu am realizat acut această necesitate când am fost conducătorii unui grup de pacienți cu cancer metastatic. În primele luni ale grupului, discuția a rămas superficială: vorbe multe despre doctori, medicamente, regimuri, durere, oboseală, limitări fizice și așa mai departe. Am considerat această superficialitate ca fiind de natură defensivă – un semn al profunzimii fricii și al disperării pacienților. Ca atare, am respectat apărarea și am condus grupul de o manieră extrem de precautā.

Doar mult mai târziu am realizat că noi, terapeuții, am avut un rol activ în menținerea grupului în zona superficialității. În momentul în care

ne-am putut tolera angoasa și am putut urmări indiciile furnizate de pacienți, nu a mai existat niciun subiect prea înfricoșător pentru ca grupul să nu îl abordeze explicit și constructiv. Discuția era adesea extraordinar de dureroasă pentru terapeuți. Grupul era observat de după o oglindă semitransparentă de un număr de specialiști în sănătate mentală aflați încă în formare, iar de câteva ori câțiva au trebuit să plece din camera de observație pentru a-și regăsi calmul. Experiența cu pacienții aflați pe moarte i-a făcut pe mulți terapeuți să apeleze la un nou șir de ședințe de analiză personală – adesea, extrem de profitabile pentru ei, deoarece mulți nu atinseseră chestiunea grijii față de moarte în primele experiențe analitice.

Pentru a putea să își ajute pacienții să se confrunte și să încorporeze moartea în viață, el însuși va trebui să își rezolve problemele de acest ordin. O paralelă interesantă poate fi găsită în riturile de inițiere ale vindecătorilor din culturile primitive, dintre care multe includ tradiții care cer șamanului să aibă experiența extatică a suferinței, a morții și a învierii. Uneori, inițierea e dată de o maladie adevărată, individul selectat pentru șamanism fiind cel care merge pe o linie fină între viață și moarte. În general, experiența constă într-o viziune mistică. Pentru a oferi un exemplu nu întru totul atipic, un șaman Tungus (populație siberiană) și-a descris inițierea drept o întâlnire cu strămoșii șamani, care l-au înconjurat, l-au străpuns cu săgeți, i-au tăiat carnea, i-au rupt oasele, i-au băut sângele, iar mai apoi l-au recompus.[33] Mai multe culturi cer ca șamanul novice să doarmă pe un mormânt sau să stea legat câteva nopți într-un cimitir.[34]

De ce să sfărâmi viesparul?

Mulți terapeuți evită discutarea morții cu pacientul nu din cauza negării, ci ca urmare a unei decizii deliberate bazate pe opinia că gândurile legate de moarte pot agrava starea pacientului. De ce să sfărâmi viesparul? De ce să arunci pacientul cu totul într-o temă care poate doar să-i sporească angoasa și în legătură cu care nu poate face nimic? Cu toții trebuie să ne confruntăm cu moartea. Nu are deja pacientul nevrotic suficiente probleme pentru a-l împovăra și cu lucruri care îi amintesc de soarta amară ce-i așteaptă pe toți oamenii?

Acești terapeuți au senzația că a excava și examina probleme nevrotice e ceva diferit; aici măcar pot face ceva. Însă explorarea realității adevă-

 rate, a chestiunilor dureroase și neschimbătoare ale vieții pare nu doar nebunie, dar și un gest antiterapeutic. Pacientul care, de pildă, se luptă cu conflicte oedipiene este paralizat de chinuri provenite din fantasme: o constelație de evenimente interne și externe care au avut loc cu mult timp în urmă menținându-se în inconștientul atemporal și bântuind pacientul. Pacientul răspunde situațiilor curente de o manieră distorsionată: răspunde prezentului ca și cum ar fi trecutul. Mandatul terapeutului e clar: să arunce lumină asupra prezentului, să denunțe și să împrăștie demonii trecutului, să ajute la dezintoxicarea pacientului de evenimente care sunt benigne în sine, dar care, atunci când sunt trăite irațional, devin dăunătoare.

Însă moartea? Moartea nu e o fantomă a trecutului. Și nu e benignă în sine. Ce se poate face cu ea?

Angoasa sporită în cadrul terapiei. În primul rând, este adevărat că gândul propriei finitudini conduce adesea la angoasă. A păși în această sferă înseamnă a spori angoasa. Abordarea terapeutică pe care o voi descrie aici este dinamică și revelatoare; nu e una suportivă și bazată pe reprimare. Terapia existențială crește disconfortul pacientului. Nu e posibil să mergi spre rădăcinile angoasei fără ca, *temporar,* să nu ai parte de sporirea angoasei și a depresiei.

Cazul Sylviei este exemplar. După ce Charles a dezvăluit grupului cancerul de care suferea, ea a suferit o izbucnire violentă a angoasei și o recrudescență a multora din apărările primitive împotriva acestei angoase. Am descris mai devreme doi pacienți despre care vorbește Stern, care erau în analize individuale de durată, de succes, dar care s-au terminat doar după ce s-a insistat de o manieră explicită și exhaustivă asupra spaimei de moarte.[35] În momentul în care terapia acestor pacienți a intrat pe tărâmul angoasei de moarte, fiecare dintre ei a avut parte de o recrudescență dramatică a disconfortului. Când unul dintre pacienți a examinat fantasma pe care o avea, ca analistul să îl protejeze împotriva morții, și a realizat că nu există niciun salvator, a căzut într-o depresie adâncă. „Hiperactivitatea la muncă și în hobby-urile sale s-a transformat într-un sentiment de neajutorare profundă, în sentimentul vieții în tenebre, de disoluție a propriei identități. Aceasta a indus o regresie către sentimente ambivalente simbiotice, către dorința de încorporare orală a soției și a analistului și către o furie uriașă îndreptată împotriva ambilor." Și un alt pacient a realizat că apărările sale nevrotice nu îl vor proteja împotriva morții, iar ana-

liza a luat-o pe o cale similară. „A devenit deprimat, se simțea confuz și a avut o recrudescență a multora din tiparele comportamentale infantile care vizau o luptă disperată împotriva morții." Și în fiecare din restul celor patru cazuri relatate de Stern au fost observate o disforie și o depresie temporare, pe măsură ce pacienții se confruntau cu viitoarea dramă a morții omenești.

Bugental, în excelenta sa discuție pe marginea subiectului, numește această fază a tratamentului „criză existențială" – o criză inevitabilă care are loc atunci când mecanismele de apărare utilizate pentru blocarea angoasei existențiale sunt depășite, permițând cuiva să realizeze cu adevărat situața sa fundamentală în viață.[36]

Satisfacția vieții și angoasa de moarte: un început pentru terapie

Din punct de vedere conceptual, terapeutul are de câștigat dacă va avea în minte că angoasa care învăluie moartea este *deopotrivă* nevrotică și normală. Toți oamenii au parte de angoasa de moarte, însă unii o resimt atât de exagerat, că are repercusiuni asupra experienței, conducând la o creștere a disconfortului și/sau la întărirea unor mecanisme defensive împotriva angoasei care restricționează creșterea și care, adesea, generează ele însele o angoasă secundară. Motivul pentru care anumiți indivizi sunt doborâți de lucrurile a căror povară trebuie să o ducem cu toții este unul despre care deja am vorbit: din cauza unei serii de experiențe de viață neobișnuite, individul este traumatizat de angoasa de moarte și în plus eșuează în a-și construi mecanismele „normale" de apărare împotriva angoasei existențiale. Ceea ce întâlnește terapeutul este un eșec al reglării homeostatice a angoasei de moarte.

Una dintre abordările la îndemâna terapeutului constă în focalizarea pe dinamica actuală a pacientului care influențează reglarea. Cred că putem formula o ecuație utilă clinicianului astfel: angoasa de moarte *e invers proporțională cu satisfacția vieții.*

John Hinton a relatat câteva descoperiri empirice interesante și ilustrative.[37] El a studiat șase pacienți suferind de cancer terminal și le-a corelat atitudinile (inclusiv „sentimentul de satisfacție și împlinire în viață") cu sentimentele și reacțiile din timpul fazei terminale. Sentimentul de satis-

 facție a vieții a fost evaluat ca urmare a interviurilor cu pacientul și soțul sau soția sa. Sentimentele și reacțiile din timpul maladiei terminale au fost măsurate prin intermediul unor interviuri cu pacienții și, în paralel, folosind scale ce au măsurat evaluările asistentelor și ale partenerilor. Datele au arătat că, într-o măsură foarte semnificativă, „atunci când viața părea satisfăcătoare, moartea era mai puțin tulburătoare... mai puțină satisfacție pentru viața din trecut însemna o perspectivă mai agitată asupra maladiei și a consecințelor ei". Cu cât individul avusese parte de o viață mai puțin satisfăcătoare, cu atât mai mare era depresia, angoasa, furia, grija generală pentru boală și pentru modul în care personalul medical se achită de datorii.

Aceste rezultate par contraintuitive, deoarece, dintr-un punct de vedere superficial, putem fi tentați să conchidem că indivizii nesatisfăcuți și deziluzionați pot primi bine eliberarea oferită de moarte. Însă tocmai opusul era adevărat: un sentiment de împlinire, că viața a fost trăită bine diminuează teroarea morții. Nietzsche, în caracteristicul său stil hiperbolic spunea: „Tot ce-i perfect, tot ce-i copt vrea să moară. Tot ce-i necopt vrea să trăiască. Tot ce suferă vrea să trăiască, ca să se coacă, să fie vesel și să dorească – să dorească lucrurile care sunt mai depărtate, mai înalte, mai strălucitoare".[38]

Desigur, aceste constatări oferă un punct de unde se poate începe terapia! Dacă pacientul poate fi ajutat să se simtă mai satisfăcut de viață, și angoasa în exces va fi potolită. Bineînțeles, această ecuație e circulară, deoarece individul duce o viață mutilată *din cauza* angoasei excesive de moarte – o viață consacrată siguranței, supraviețuirii și diminuării durerii mai degrabă, decât dezvoltării și împlinirii de sine. Searles formulează aceeași dilemă: „Pacientul nu poate înfrunta moartea decât dacă e o persoană deplină și totuși nu poate deveni cu adevărat o persoană deplină decât înfruntând moartea". Problema (deosebit de critică mai ales în cazul pacienților schizofrenici, crede Searles) e că „angoasa legată de finitudinea vieții este prea mare pentru a fi înfruntată în condițiile în care nu te poți vedea ca pe o persoană împlinită... Nicio persoană nu poate îndura perspectiva inevitabilității morții decât dacă a trăit din plin, iar schizofrenicul nu a făcut-o".[39]

Și totuși există un punct de unde se poate începe. Terapeutul nu trebuie să fie intimidat de trecut. Nu e necesară experiența a patruzeci de ani de

viață deplină, integrată pentru a compensa cei patruzeci de ani anteriori de viață în umbră. Ivan Ilici al lui Tolstoi, prin confruntarea cu moartea, a ajuns la o criză existențială și, doar cu câteva zile rămase de trăit, a suferit o transformare care l-a făcut capabil să-și umple retrospectiv întreaga viață cu sens.

Cu cât există mai puțină satisfacție în viață, cu atât mai mare va fi angoasa de moarte. Acest principiu e ilustrat cu claritate de unul dintre pacienții mei, Philip, un om de afaceri de succes în vârstă de cincizeci și trei de ani. Philip fusese întotdeauna foarte dependent de muncă; muncea șaizeci-șaptezeci de ore pe săptămână, întotdeauna căra în fiecare seară acasă o servietă plină de documente ca să își continue munca, iar recent lucrase timp de doi ani pe coasta de est, plecând acasă în weekenduri pe Coasta de Vest. Avusese puține satisfacții în viață: munca sa îi oferea siguranță, nu plăcere; lucra nu pentru că o dorea, ci pentru că trebuia, pentru a diminua angoasa. Abia își cunoștea nevasta și copiii. Cu niște ani în urmă, soția avusese o aventură extraconjugală, și nu i-o iertase niciodată – nu pentru gest, ci pentru că aventura și durerea pe care o aduseseră l-au perturbat serios în munca sa. Soția și copiii sufereau ca urmare a înstrăinării, iar el nu gustase câtuși de puțin din rezervorul de dragoste, satisfacție în viață și de sens ce îl puteau oferi.

Însă, după aceea, a urmat un dezastru, care l-a privat pe Philip de toate mecanismele de apărare. Din cauza dificultăților mari ale industriei aerospațiale, compania sa a dat faliment și a fost absorbită de o altă corporație. Philip s-a trezit brusc șomer și posibil, din cauza vârstei și poziției înalte ocupate, neangajabil. A dezvoltat o angoasă severă, moment în care a recurs la psihoterapie. La început, angoasa era în întregime centrată pe munca sa. Rumina la nesfârșit cu privire la postul său. Se scula la patru dimineața și rămânea treaz ore întregi, gândindu-se la muncă: în ce fel să comunice informațiile angajaților săi, cum să-și închidă departamentul, cum să își exprime mânia pentru modul cum lucrurile fuseseră abordate.

Philip nu a putut să își găsească o slujbă nouă și, pe măsură ce se apropia ultima sa zi de muncă, devenea agitat. Treptat, am reușit în cadrul terapiei să detașăm angoasa de preocupările pentru muncă, de care se lipise asemenea scoicilor de un ponton. A devenit clar că Philip suferea de o angoasă considerabilă de moarte. În fiecare noapte, era chinuit de un vis în care el dădea târcoale pe marginea unui „puț întunecat". Un alt vis în-

 fricoşător, repetitiv, era că mergea pe creasta îngustă a unei stânci abrupte de pe o plajă şi că îşi pierdea echilibrul. S-a trezit repetat din acest vis murmurând „nu o să reuşesc". (Tatăl său fusese marinar şi murise într-un naufragiu înainte de naşterea lui Philip.)

Philip nu avea probleme financiare presante: primise o primă de concediere mare, care, împreună cu o moştenire bogată recentă, îi oferea siguranţă. Însă timpul, cum avea să îşi folosească timpul?! Nimic nu avea o valoare prea mare în ochii săi. S-a cufundat într-o stare de disperare. Ulterior, într-o noapte, a avut loc un incident. Nu putuse să adoarmă, aşa că, pe la trei dimineaţa, a coborât scările casei pentru a citi şi a bea o cană de ceai. A auzit un zgomot la fereastră, s-a deplasat într-acolo şi s-a trezit faţă în faţă cu un uriaş atacator mascat. Abia după ce spaima a trecut, alarma s-a oprit, poliţia a plecat şi căutarea a încetat, s-a declanşat şi adevărata panică a lui Philip. I-a trecut prin minte un gând, un gând cutremurător, care i-a trimis un fior puternic prin oase: „Dacă s-a întâmplat ceva cu Mary şi cu copiii?" Când a descris acest incident în timpul orei de terapie, reacţia şi gândul său a fost că, în loc să-l consolez, i-am adus aminte că ceva se *va* întâmpla lui Mary, copiilor şi lui însuşi.

Philip a trecut printr-o perioadă în care s-a simţit nesigur şi confuz. Toate mecanismele sale obişnuite de negare nu mai funcţionau: postul, statutul special, ascensiunea spre glorie, sentimentul invulnerabilităţii. La fel cum se confruntase cu spărgătorul mascat, se confrunta acum, la început, crispat, iar ulterior, mai decis, cu câteva daturi ale vieţii: lipsa de temei, trecerea inexorabilă a timpului şi inevitabilitatea morţii. Confruntarea i-a indus lui Philip un sentiment al urgenţei şi s-a străduit din greu în cadrul psihoterapiei să recapete o doză de satisfacţie şi sens în viaţă. Ne-am îndreptat atenţia cu precădere asupra intimităţii – o sursă importantă de satisfacţie în viaţă, la care nu apelase niciodată.

Philip a investit atât de mult în credinţa în statutul său special, că îi era groază să înfrunte (şi să împărtăşească altora) sentimentele sale de neputinţă. I-am spus să zică tuturor celor interesaţi adevărul – că îşi pierduse slujba şi că avea dificultăţi în a găsi alta – şi să îşi monitorizeze sentimentele. La început s-a ferit, dar, încetul cu încetul, a învăţat că împărtăşirea vulnerabilităţii deschidea poarta intimităţii. Într-o şedinţă, i-am propus să îi trimit CV-ul unui prieten de-al meu, preşedintele unei companii dintr-un domeniu apropiat, care s-ar putea să aibă un post pentru el. Philip

mi-a mulțumit politicos și formal; însă, când s-a îndreptat spre mașină, a plâns „ca un copil", pentru prima dată după treizeci și cinci de ani. A vorbit mult despre acel plânset, ce a semnificat, cum l-a resimțit, și de ce nu putuse plânge în fața mea. Pe măsură ce învăța să își accepte vulnerabilitățile, simțul său pentru comuniune, la început cu mine, iar mai apoi cu familia, s-a adâncit; a reușit să devină intim cu ceilalți cum nu mai fusese niciodată. Raporturile sale cu timpul s-au schimbat dramatic: nu mai privea timpul ca pe un dușman, care solicită disimulare sau să fie consumat. Acum, când avea zi liberă după zi liberă, a început să savureze timpul și să se răsfețe în el. A intrat, de asemenea, în contact cu aspecte personale demult adormite și, pentru prima dată după zeci de ani, și-a dat frâu liber câtorva din dorințele sale creative, atât prin intermediul picturii, cât și în scris. După opt luni de șomaj, Philip a obținut un post nou și interesant într-un alt oraș. În ultima noastră ședință, a spus: „Am trecut prin iad în ultimele luni, dar, oricât de oribil ar fi fost, mă bucur că nu am găsit un serviciu imediat. Sunt recunoscător că am fost forțat să trec prin asta". Lucrul învățat de Philip a fost că o viață dedicată disimulării realității, negării morții, restrânge experiența și, într-un final, o distruge din interior.

Desensibilizarea la moarte

Un alt concept care oferă un punct de plecare terapiei este cel de „desensibilizare". „Desensibilizarea la moarte" e o expresie profană, dar e una potrivită, deoarece combină cele mai profunde preocupări omenești și tehnica mecanică. Exprimarea e greu de evitat într-o discuție cu privire la tehnicile la care terapeutul poate recurge împotriva angoasei de moarte. Se pare că, printr-un contact repetat, individul se poate obișnui cu orice, chiar și cu moartea. Terapeutul poate ajuta pacientul să își gestioneze spaima de moarte recurgând la tehnici asemănătoare celor utile pentru a înfrânge orice altă frică. El îl va expune pe pacient în mod repetat, în doze slabe, realității morții. Îl va ajuta pe pacient să se descurce în fața obiectului temut și să îl vadă pe toate părțile.

Montaigne a descoperit și el acest principiu, scriind:

> *Totuși, îmi pare că ar fi întru câtva un fel de a ne obișnui cu ea și, oarecum, de a o încerca. Putem căpăta o știre, dacă nu întreagă și desăvârșită, cel puțin*

care să nu fie fără de folos și care să ne poată întări și liniști. Dacă nu o putem atinge, o putem apropia și cunoaște. Dacă nu o putem pătrunde până în tăria ei, vom vedea măcar și vom umbla pe căile sale.[40]

Pe parcursul celor câțiva ani cât am lucrat cu grupuri formate din bolnavi de cancer, am putut observa desensibilizarea cu numeroase ocazii. Pacientul își înfruntă propria teamă iarăși și iarăși, până când aceasta se diminuează datorită simplei familiarizări cu ea. Exemplul dat de alți pacienți și de terapeut – fie prin atitudinea hotărâtă, dificila acceptare stoică sau prin calm – ajută la eliminarea toxinelor morții, în cazul multor pacienți.

Un principiu al abordării comportamentale în materie de reducere a angoasei este ca individul să fie expus la stimulul anxios (în cantități atent dozate), într-o stare psihologică și într-un context astfel ales, încât să întârzie dezvoltarea angoasei. Terapia de grup a recurs la această strategie. În mod frecvent, grupul începea (și sfârșea) cu un exercițiu menit să reducă angoasa sau să favorizeze relaxarea musculară; fiecare pacient era înconjurat de alții care sufereau de aceeași boală; membrii aveau încredere unul în altul și se simțeau perfect înțeleși. Expunerea a fost gradată, prin aceea că una dintre regulile după care funcționa grupul era că fiecare membru are permisiunea de a avansa în ritmul care-i convine și că nimeni nu e forțat să înfrunte mai mult decât dorea.

Un alt principiu util în managementul angoasei este cel al disecției și al analizei. Sentimentul organic de spaimă catastrofică include îndeobște mai multe componente generatoare de teamă, care însă pot ceda în fața analizei raționale. Poate fi de ajutor încurajarea pacientului (atât a pacientului normal, cât și a celui aflat pe moarte) să își examineze sfârșitul și să distingă variile temeri. Mulți indivizi sunt copleșiți de un sentiment de neputință în fața morții; grupurile de pacienți aflați pe moarte cu care am lucrat multă vreme alocau chiar mult timp contracarării acestei surse de spaimă. Strategia cea mai importantă constă în separarea *sentimentelor* auxiliare de neputință de adevărata neputință, în înfruntarea propriei situații existențiale imuabile. Am văzut pacienți pe moarte care și-au recâștigat un sentiment de putere și de control alegând să controleze acele aspecte din viață ce mai puteau fi controlate. De exemplu, un pacient își poate schimba modul în care interacționează cu medicul: poate insista să fie informat integral asupra bolii sale sau să fie consultat în legătură cu

deciziile terapeutice importante. De asemenea, el își poate schimba medicul dacă nu e satisfăcut. Alți pacienți se implică în activități de binefacere. Alții dezvoltă sentimentul că pot alege; ei descoperă cu bucurie că pot alege să nu facă lucruri pe care nu le doresc. Alții, care cred că dezvoltarea unor noi modalități de gestionare a stresului psihologic va influența evoluția propriului cancer, se angajează activ în psihoterapie. Și atunci când orice altceva pare în afara controlului, chiar și atunci, persoana poate să își controleze atitudinea față de propria soartă – să reconstruiască un lucru de care nu poate fi privat.

Există și alte temeri incluse în angoasă: frică de durerea morții, frică față de ce se întâmplă în viața de după moarte, teama de necunoscut, preocuparea pentru familie, pentru corp, singurătatea, regresia. În societățile occidentale, calate pe succes, moartea este în mod curios echivalată eșecului. Fiecare din aceste temeri componente, examinată separat și rațional, este mai puțin înfricoșătoare ca întregul *gestalt*. Fiecare este în mod evident un aspect dezagreabil al morții; și totuși, nu e necesar ca temerile acestea, nici separat și nici împreună, să dea naștere unei reacții cataclismice. E totuși semnificativ că mulți pacienți, atunci când li se cere să își analizeze spaima de moarte, găsesc că nu corespunde niciuneia dintre aceste frici, ci ține de ceva primitiv și inefabil. În inconștientul adultului sălășluiește groaza irațională a copilului mic: moartea este experimentată ca o forță malefică, mutilantă, crudă. Să ne amintim de fanteziile terifiante ale copiilor din capitolul 3, viziuni ale morții mult mai oribile decât cele ale adultului. Aceste fantasme, nu mai puțin decât cele oedipiene sau de castrare, sunt semnale atavice inconștiente, de natură să perturbe capacitatea adultului de a recunoaște realitatea și de a răspunde la ea în mod potrivit. Terapeutul lucrează cu astfel de temeri la fel ca și cu orice altă distorsionare a realității: încearcă să identifice, să facă lumină, să risipească fantomele trecutului.

Desensibilizarea la moarte: dovezi empirice

Mai multe lucrări de specialitate (toate teze de doctorat în psihologie) descriu ateliere având ca temă conștientizarea morții și care recurg la multe din aceste metode de desensibilizare la moarte și măsoară schimbările cantitative suferite de angoasa de moarte. Un atelier-maraton de opt ore – care consta în discuții despre moarte, vizionarea unui film despre moarte,

 fantazare sub supraveghere (într-o stare de relaxare musculară profundă) de către fiecare dintre membri cu privire la maladia în fază terminală, cu privire la moarte și înmormântare – a înregistrat în cazul celor opt participanți la experiment (în contrast cu un eșantion de control format din persoane care nu aparțineau grupului) o „reorganizare a ideilor despre moarte", o utilizare mai redusă a negării în confruntarea cu propria moarte și, monitorizați la o distanță de opt săptămâni, au înregistrat scoruri mai reduse în ceea ce privește angoasa de moarte. În cadrul interviurilor desfășurate după atelier, unii dintre subiecți au dezvăluit spontan că el fusese catalizator și pentru alte schimbări din propria viață. Un alcoolic a relatat, de pildă, că atelierul a avut un impact enorm asupra sa: decisese că nu vrea să moară așa cum moare de obicei un alcoolic și a devenit abstinent total.[41]

Un program asemănător de desensibilizare la moarte, DPAFM („definirea propriilor atitudini față de moarte"), a redus temerile (măsurate pe două scale pentru angoasa de moarte).[42] Un atelier dedicat „morții și autodezvăluirii" a condus la o creștere a angoasei de moarte, dar simultan și la o creștere a sentimentului sensului și al scopului în viață.[43] Alte programe au arătat o reducere a angoasei imediat după atelier, cu o restabilire la patru săptămâni a nivelurilor de dinainte de atelier. [44] În fine, un curs de șase săptămâni de educare în materie de moarte a asistentelor medicale nu a afectat imediat angoasa de moarte, dar a condus la o reducere semnificativă patru săptămâni mai târziu.[45]

Moartea e doar una dintre componentele situației existențiale ale ființei umane, iar analiza conștientizării morții lămurește doar una din fațetele terapiei existențiale. Pentru a obține o abordare terapeutică echilibrată, va trebui să examinăm implicațiile terapeutice ale fiecărei griji fundamentale. Moartea ne ajută să înțelegem angoasa, ne oferă o structură dinamică în care să ne fundamentăm interpretarea și slujește ca o experiență-limită, capabilă să determine răsturnări de perspectivă masive. Fiecare din grijile fundamentale asupra cărora mă voi îndrepta mai departe contribuie cu un alt segment la un sistem psihoterapeutic cuprinzător: *libertatea* ne ajută să înțelegem asumarea responsabilității, angajamentul în direcția schimbării, deciziei și acțiunii; *singurătatea* clarifică rolul relației, în vreme ce *lipsa de sens* ne îndreaptă atenția către principiul angajamentului.

PARTEA A II-A

LIBERTATEA



În secțiunea dedicată conceptului morții în psihoterapie am sugerat că un clinician va găsi această temă stranie și totuși ciudat de familiară: „stranie" deoarece abordarea existențială nu respectă categoriile tradiționale, împărțind diferit grupurile de observații clinice; „familiară" deoarece, în adâncul său, clinicianul cu experiență sesizează importanța și omniprezența conceptului morții. Expresia „straniu și totuși familiar" se va aplica și acestei secțiuni. Deși termenul „libertate" nu e de găsit în lexiconul psihoterapiei, conceptul de libertate joacă un rol indispensabil atât în teoria, cât și în practica tuturor terapiilor tradiționale sau inovatoare. Pentru a oferi un exemplu, să ne gândim la incidentele de mai jos survenite în cadrul curei, ce mi-au atras atenția în ultimii ani.

- Unei paciente care insistă că inconștientul îi controlează comportamentul, terapeutul îi pune întrebarea: „Al cui inconștient?"
- Un lider de grup terapeutic are un clopoțel „Nu pot" din care sună oricând un pacient din grup spune „Nu pot". Pacientului i se cere să își retragă cuvintele și să reformuleze fraza ca „Nu vreau".
- O pacientă prinsă într-o relație extrem de distructivă pentru ea a declarat: „Nu mă pot hotărî ce să fac, nu pot să pun capăt relației, dar mă rog să îl prind în pat cu o altă femeie ca să-l pot părăsi".
- Primul meu supervizor, un analist freudian ortodox care credea cu tărie în viziunea deterministă asupra comportamentului lui Freud, mi-a spus acum douăzeci de ani, în prima noastră întâlnire, că „scopul psihoterapiei este de a aduce pacientul în punctul în care poate alege liber". Și totuși, deși am avut mai mult de cincizeci de ședin-

ţe cu el, nu mi-l amintesc să mai fi rostit vreun cuvânt despre „alegere", pe care a indicat-o ca scop al curei.

- Mulţi terapeuţi solicită în mod repetat pacienţilor să îşi schimbe discursul şi să „pună stăpânire" pe ceea ce li se întâmplă. Nu „mă enervează", ci „îl las să mă enerveze". Nu „am o minte căreia îi scapă lucruri", ci „când sunt rănit, simt că îmi vine să plâng şi mă apăr prin confuzie".
- Un terapeut a cerut unui pacient de patruzeci şi cinci de ani să vorbească mamei sale moarte şi să repete de câteva ori următoarea frază: „Nu mă voi schimba până când mă vei trata altfel la zece ani".
- Otto Will, un terapeut legendar, a relatat că întrerupea periodic frământările interminabile ale unui pacient obsesional extrem de limitat de propria patologie cu sugestii precum: „De ce nu îţi schimbi numele şi nu te muţi în California?"
- La 5:00 p.m. un bărbat compulsiv sexual a coborât din avion într-un oraş unde avea o obligaţie profesională. Chiar de pe aeroport, a început să sune o serie de femei pe care le cunoştea pentru a obţine o întâlnire sexuală în acea seară. Ghinion însă! Toate aveau alte obligaţii deja stabilite. (Desigur, putea să le fi sunat cu nişte zile sau chiar săptămâni înainte.) Răspunsul său a fost unul de uşurare: „Mulţumesc lui Dumnezeu, acum pot să citesc şi să dorm aşa cum trebuie, *ceea ce îmi doream tot timpul*".

Aceste incidente pot părea un potpuriu de declaraţii involuntare ale pacienţilor şi de trucuri arogante ale terapeutului. Totuşi, după cum voi demonstra, ele sunt solidare, legate la un loc de firul conceptual al libertăţii. În plus, deşi aceste incidente au o aparenţă de neseriozitate, ele nu traduc preocupări superficiale. Fiecare, luată la adevărata sa valoare, îşi va revela implicaţiile care merg până la rădăcinile existenţei. Fiecare din aceste incidente deschide o perspectivă asupra temei libertăţii şi fiecare va servi ca o trambulină pentru discuţia unora din aspectele terapeutice relevante ale libertăţii.

Pentru filosof, „libertatea" posedă implicaţii personale, sociale, morale şi politice, extinzându-se ca atare asupra unui areal vast. În plus, chestiunea este extrem de controversată: dezbaterea filosofică în ceea ce priveşte libertatea şi cauzalitatea nu a încetat timp de mai mult de

două mii de ani. De-a lungul secolelor, conceptul libertății absolute a generat o împotrivire puternică, deoarece s-a lovit de perspective dominante asupra lumii: la început, cu credința în Providența divină; mai târziu, cu legile cauzale ale științei; ulterior, cu ideea hegeliană a unei evoluții cu sens a istoriei sau cu teoriile deterministe ale lui Marx și ale lui Freud. Totuși, în această parte, ca și în celelalte din lucrare, voi examina doar acele aspecte ale libertății care au o importanță, o relevanță cotidiană pentru clinician: mai precis, în capitolul 6, libertatea individului de a-și crea propria viață, iar în capitolul 7, libertatea individului de a dori, alege, acționa și, mai important din punctul de vedere al scopurilor psihoterapiei, de a se schimba.



Responsabilitatea

Termenul „responsabilitate" are multe conotații. Îi etichetăm ca „responsabili" pe cei demni de încredere. „Responsabilitatea" implică, de asemenea, răspunderea legală, financiară și morală. În domeniul sănătății mentale, „responsabilitatea" se referă la capacitatea pacientului de a se comporta rațional, ca și la angajamentul moral al terapeutului față de pacient. Deși niciuna dintre aceste conotații nu e cu totul irelevantă pentru această discuție, voi folosi aici termenul de „responsabilitate" într-un sens precis, același sens folosit de Jean-Paul Sartre când scria că a fi responsabil înseamnă a fi „autorul necontestat al unui eveniment sau al unui lucru".[1] Responsabilitatea înseamnă calitatea de autor al unei acțiuni. A înțelege responsabilitatea înseamnă a înțelege că ești creatorul propriului sine, al destinului, al situației tale de viață, al propriilor sentimente și, dacă e cazul, al propriei suferințe. Nu este posibilă o terapie adevărată cu pacientul care nu acceptă astfel de responsabilități și care continuă să dea vina pentru propriul disconfort pe altceva – fie pe alți indivizi, fie pe alte forțe.

Responsabilitatea în calitate de grijă existențială

Care e statutul responsabilității existențiale? E de la sine înțeles că moartea este o chestiune de ordin existențial. Mortalitatea și finitudinea sunt daturi evidente ale existenței. Însă, când vorbim de responsabilitate sau, ca în capitolul următor, de voință, referentul existențial nu e imediat evident.

La cel mai profund nivel, responsabilitatea justifică existența. E un lucru pe care l-am înțeles în urmă cu mai mulți ani, ca urmare a unei experiențe

 simple, dar atât de puternice, că mi-a rămas vie în minte. Plonjam singur în apele calde, însorite și limpezi ale unei lagune tropicale și aveam experiența, frecventă atunci când sunt cufundat în apă, a unei senzații profunde de plăcere și confort. Mă simțeam acasă. Căldura apei, frumusețea coralilor, scânteierile peștișorilor aurii și culoarea strălucitoare, fluorescentă a peștilor de recif, maiestatea peștilor-înger, degetele cărnoase ale anemonelor de mare, plăcerea estetică a alunecării prin apă, toate împreună creau un azil submarin. Însă mai apoi, din rațiuni pe care nu le-am înțeles niciodată complet, am suferit o schimbare bruscă de perspectivă. Am realizat brusc faptul că niciunul dintre companionii mei acvatici nu îmi împărtășea experiența confortabilă. Maiestuosul pește-înger nu știa că e frumos, peștișorii argintii habar n-aveau că strălucesc, peștii de recif, că aveau culori strălucitoare. Și nici aricii de mare cei negri sau deșeurile de pe fund (pe care încercam să nu le văd) nu își cunoșteau propria urâțenie. Sentimentul de a fi acasă, confortul, momentul fericit, frumusețea, atractivitatea – nimic din toate acestea nu exista cu adevărat. Eu creasem întreaga experiență! Din acest motiv, puteam să alunec prin apele pline de reziduuri petroliere și pline de bidoane goale de detergenți și să aleg a considera totul fie ca frumos, fie ca dezgustător. La bază, creația și alegerea erau ale mele. În termenii lui Husserl, *noema* mea („sensul") explodase, iar eu realizam funcția-mi constitutivă. Era ca și cum aș fi privit printr-o spărtură din zidul realității către o realitate mai profundă și mai neliniștitoare.

În romanul său, *Greața*, într-unul din pasajele importante ale literaturii moderne, Sartre descrie acest moment de iluminare – descoperirea responsabilității.

> *Rădăcina castanului se înfigea în pământ, exact sub banca mea. Nu-mi mai aminteam că e o rădăcină. Cuvintele dispăruseră și, odată cu ele, înțelesul lucrurilor, modul lor de folosire, slabele repere pe care oamenii le-au trasat pe suprafața acestora. Eram așezat puțin adus din spate, cu capul în jos, singur în fața acelei mase negre și noduroase, cu totul grosolane și care-mi provoca teamă. Și apoi am avut această iluminare.*
>
> *Ceea ce mi-a tăiat respirația. Niciodată până acum câteva zile, nu presimțisem ce anume vrea să spună „a exista". Eram ca și ceilalți, asemenea celor care se plimbă pe malul mării în hainele lor de primăvară. Spuneam ca și ei „marea e verde; punctul acela alb, acolo sus, e un pescăruș", dar nu-mi dădeam seama că el exista,*

că pescărușul era „un pescăruș existent" (...) Apoi dintr-odată iată: era aici, era limpede ca lumina zilei: existența se dezvăluise brusc. Își pierduse alura inofensivă de categorie abstractă: era însuși aluatul lucrurilor, rădăcina aceea frământată în existență. Sau mai curând, rădăcina, porțile grădinii, banca, iarba rară a peluzei, totul dispăruse; diversitatea lucrurilor, individualitatea lor era doar o aparență, un lustru. Lustrul acesta se topise, rămăseseră doar mase monstruoase și moi, în dezordine, goale, o nuditate înspăimântătoare și obscenă. (...) Rădăcina aceasta exista în măsura în care eu nu puteam să o explic. Noduroasă, inertă, lipsită de nume, ea mă fascina, îmi umplea privirea, mă readucea necontenit la propria ei existență. În zadar repetam: „E o rădăcină" – nu mai avea niciun efect.[2]

Protagonistul lui Sartre se confruntă cu „masele monstruoase" brute, cu „aluatul lucrurilor" – substanța lipsită de formă și sens până el însuși nu îi furnizează unul. Cunoașterea adevăratei sale „situații" se ivește în momentul în care își descoperă responsabilitatea pentru lume. Lumea capătă semnificație doar în măsura în care e constituită de către om – în termenii lui Sartre, de „pentru-sine". Nu există sens în lume în afara de sau independent de pentru-sine.

Și filosofii occidentali, și cei orientali au meditat asupra măsurii în care omul este responsabil de natura realității. În centrul revoluției kantiene în filosofie stă teza că forma externă a realității este furnizată de către conștiința umană, de natura structurilor mentale omenești. Însuși spațiul, potrivit lui Kant, nu este „ceva obiectiv și real, ci ceva subiectiv și ideal; e ca o schemă provenită dintr-o lege constantă a naturii minții activă în coordonarea percepțiilor externe diverse".[3]

Care sunt consecințele acestei viziuni asupra lumii pentru psihologia individuală? Heidegger și, mai apoi, Sartre au explorat sensul responsabilității pentru individ. Heidegger se referea la individ ca la un *Dasein* (nu un „eu", un „cineva", un „ego" sau o „ființă umană") dintr-un motiv precis: dorea să sublinieze permanent natura duală a existenței omenești. Individul este „acolo" *(da)*, însă totodată el constituie ceea ce e acolo. Eul este un doi-în-unul: un eu *empiric* (un eu obiectiv, ceva care e „acolo", un obiect în lume) și un eu *transcendental* (constitutiv), care constituie lumea și se constituie pe sine (adică e „responsabil" pentru acestea). Privită în acest mod, responsabilitatea este indisolubil legată de libertate. Dacă individul nu este liber să își constituie lumea într-un număr nelimitat de

moduri, conceptul își pierde sensul. Universul e contingent; orice lucru ar fi putut să fie creat diferit. Viziunea lui Sartre asupra libertății este una extrem de cuprinzătoare: ființa umană nu doar că e liberă, ci e și condamnată la libertate. În plus, libertatea se extinde dincolo de responsabilitatea pentru lume (altfel spus, dincolo de faptul că dăm un sens acestei lumi): *suntem în întregime responsabili pentru propria viață, nu doar pentru propriile acțiuni, ci și pentru inacțiune.*

Când scriu, în altă parte a lumii e foamete. Sartre ar spune că port responsabilitatea pentru această foamete. Eu protestez, desigur: știu puțin din ceea ce se întâmplă acolo, și am senzația că pot face foarte puțin pentru a schimba această situație tragică. Însă Sartre ar atrage atenția că am ales să nu mă informez și, chiar în acest moment, decid să scriu aceste cuvinte în loc să mă angajez în situația tragică.[4] Aș putea, la urma urmei, să organizez o acțiune de strângere de fonduri sau să fac situația cunoscută prin intermediul contactelor mele în lumea editorilor, dar am ales să nu bag de seamă. Port responsabilitatea pentru ce fac și pentru ce aleg să ignor. Obiectivul lui Sartre aici nu e unul etic: nu spune că ar trebui să fac un lucru diferit, ci spune că lucrurile pe care le fac sunt responsabilitatea mea. Ambele niveluri de responsabilitate – atribuirea de semnificație, ca și conduita mea – au implicații enorme pentru psihoterapie, după cum vom vedea.

A constitui (a fi responsabil pentru) propriul sine și propria lume și a înțelege această responsabilitate este o cunoștință înfricoșătoare. Să ne gândim la implicațiile sale. Nimic din lume nu posedă semnificație decât în virtutea faptului că cineva a conferit acea semnificație. Nu există reguli, sisteme etice, valori; nu există niciun punct de referință extern; nu există un mare plan al universului. În opinia lui Sartre, doar individul este creator (e ceea ce înțelege prin „omul e ființa al cărei proiect este să fie Dumnezeu").[5]

A experimenta existența în acest mod dă o senzație amețitoare. Nimic nu e cum părea. Pare că însuși pământul de sub picioare se afundă. Într-adevăr, *arbitrarul* este o denumire folosită adesea pentru experiența subiectivă a sesizării propriei responsabilități. Mulți filosofi existențialiști au descris angoasa arbitrarului ca „angoasă originară" – angoasa cea mai fundamentală, angoasa care provine din profunzimi chiar mai mari decât angoasa de moarte. Mulți consideră chiar angoasa de moarte ca un simbol al angoasei arbitrarului. Filosofii fac adesea distincția între „moartea mea" și moarte, sau moartea altuia. Ceea ce e realmente terifiant la „propria moar-

te" e că implică disoluția propriei lumi. Cu „moartea mea", moare și cel care conferă sens și spectatorul lumii, care acum este confruntat într-adevăr cu neantul.[6]

Preocuparea pentru „neant" și auto-creare mai are încă o implicație profundă și tulburătoare: singurătatea, o singurătate existențială, care, așa cum voi arăta în capitolul 8, se întinde mult dincolo de granițele singurătății sociale obișnuite; este singurătatea separării nu doar de oameni, ci și de lume, așa cum este ea experimentată în mod obișnuit. „Responsabilitatea față de «pentru-sine» [altfel spus față de conștiința individuală] este copleșitoare, deoarece mulțumită lui «pentru-sine» există o lume."[7]

Răspundem angoasei față de arbitrar la fel ca atunci când suntem subiecții oricărei alte angoase: căutăm să o diminuăm. Există multe moduri în care ne putem pune la adăpost. În primul rând, spre deosebire de angoasa de moarte, angoasa față de arbitrar nu e evidentă în experiența de zi cu zi. Nu e ușor intuită de către adult și probabil că nu face parte deloc din experiența copilului. Unii indivizi, precum Roquentin al lui Sartre din *Greața*, au străfulgerări ale propriei activități constitutive de mai multe ori în viață, însă în general aceasta este departe de a fi sesizată. Oamenii evită situațiile (de pildă, luarea unei decizii, izolarea, acțiunea autonomă) care, ar face obiectul unei meditații insistente, ar revela lipsa de temei, arbitrarul propriei vieți. E motivul pentru care căutăm structură, autenticitate, ordini cosmice, magie, ceva superior nouă. Până și un tiran e mai bun decât lipsa oricărui fel de conducător, ne reamintește Fromm în *Frica de libertate*.[8] Din acest motiv, copiii sunt deranjați de libertate și cer impunerea unor limite; pacienții psihotici anxioși manifestă aceeași nevoie de structură și limită. Aceeași dinamică stă la baza evoluției transferului pe parcursul terapiei. Alte apărări împotriva angoasei lipsei de temei includ mecanismele folosite și împotriva conștientizării depline a „propriei morți", deoarece negarea morții este un aliat al negării lipsei de temei.

Poate că una dintre cele mai eficiente apărări rezidă tocmai în felul în care este trăită simpla realitate, fiind privită ca o fenomenalizare a lucrurilor. Când ne considerăm în calitatea noastră de subiecți constituanți, nu facem decât să fugim de acea realitate pe care o experimentăm în mod curent. Simțurile ne spun că lumea este „acolo" și că noi avem libertatea de a păși în ea sau de a ieși din ea. Așa cum sugerează și Heidegger și Sartre, a privi lucrurile ca pe niște aparențe face

 parte din negare: *constituim lumea așa încât ne apare ca fiind independentă de actul nostru constituant.* A constitui lumea în calitate de univers înseamnă să o construim ca pe ceva independent de noi, care ne permit să fugim de libertate, înseamnă a duce o viață „inautentică" (Heidegger) sau sub semnul „relei-credințe" (Sartre). Sartre își stabilise ca proiect să elibereze indivizii de reaua-credință și să îi ajute să își asume responsabilitatea. Este și proiectul psihoterapeutului: în ce mai rămâne din acest capitol voi explora cu precădere ramificațiile clinice ale evitării responsabilității și tehnicile disponibile terapeutului pentru a facilita procesul asumării responsabilității.

Evitarea responsabilității: manifestări clinice

Chiar și cea mai relaxată trecere în revistă a domeniului psihoterapiei va pune în lumină schimbări radicale în modul în care terapeutul ajută pacienții. Bine cunoscuta proliferare a noilor terapii, aflate în concurență, pare a sfida orice ordine și de aceea a subminat uneori încrederea publicului în domeniu. Însă o examinare atentă a acestor noi terapii – ca și a noilor dezvoltări ale terapiilor tradiționale – relevă o trăsătură uimitoare comună: accentul pus pe asumarea responsabilității personale.

Că abordările moderne se concentrează intens pe responsabilitate nu e un accident. Terapiile reflectă și sunt conturate de către patologiile pe care trebuie să le trateze. Viena *fin de siècle*, incubatorul și leagănul psihologiei freudiene, avea toate caracteristicile culturii victoriene târzii: reprimarea instinctelor (în special al celui sexual), reguli de comportament și maniere bine structurate și definite, sfere separate pentru bărbați și femei, accentul pus pe puterea voinței și tăria morală și optimismul îmbătător, izvorât dintr-un pozitivism scientist care promitea să explice toate aspectele ordinii naturale, inclusiv comportamentul omenesc. Freud a realizat destul de corect că o astfel de reprimare rigidă a înclinațiilor naturale era dăunătoare din punct de vedere psihologic; energia libidinală căreia nu i se permite să se exprime deschis dă naștere la mecanisme de apărare restrictive și caută moduri indirecte de exprimare. Apărările și modalitatea ocolită de exprimare a libidoului stabilesc reperele pentru tabloul clinic al nevrozei clasice.

Însă ce ar sublinia Freud dacă ar examina cultura americană contemporană, mai ales cea din California, locul de naștere a multora din noile abor-

dări terapeutice? Tendințelor instinctuale naturale li se oferă o largă libertate de expresie; permisivitatea sexuală, începând cu adolescența timpurie, e o realitate demonstrată de numeroase cercetări sociologice. O întreagă generație de tineri adulți a fost crescută și alimentată conform unui regim de permisivitate compulsivă. Structura, ritualul, limitele de orice tip sunt demontate fără încetare. Călugărițele catolice din ordinele monahale înfruntă pe Papă, preoții refuză celibatul, femeile și homosexualii creează schisme în biserica episcopală pe motivul dreptului lor de a fi hirotonisiți sau hirotonisite, iar femei-rabin oficiază în multe sinagogi. Studenții se adresează profesorilor pe numele lor mic. Unde sunt cuvintele urâte interzise, titlurile profesionale, manualele de bune maniere, codurile vestimentare? Un prieten de-al meu, critic de artă, caracteriza noua cultură californiană referindu-se la un incident care i s-a întâmplat când vizita pentru prima oară sudul Californiei. Se oprise la un fast-food unde i s-a dat lângă hamburger un pliculeț de ketchup. În alte părți, acestea aveau o linie întreruptă și textul „Rupeți aici"; pliculețul nu avea nicio astfel de linie, purtând doar inscripția „Rupeți oriunde."[9]

Imaginea asupra psihopatologiei s-a schimbat în concordanță. Sindroamele nevrotice au devenit o raritate. Chiar cu o decadă în urmă, un individ care avea un tablou clinic nevrotic adevărat era o comoară, după care alergau atât tinerii aflați în formare, cât și personalul superior. Astăzi, pacientul trebuie să lupte mai mult cu libertatea decât cu pulsiunile suprimate. Nemaifiind împins de dinăuntru de ceea ce „trebuie" să facă sau nemaifiind tras dinafară de ceea ce „are datoria" sau „ar trebui" să facă, pacientul are de rezolvat problema alegerii, problema a ce *vrea* să facă. Tot mai frecvent, pacienții vin la terapie plângându-se de lucruri vagi, nedefinite. Adesea îmi termin consultațiile fără o imagine clară a problemei pacientului; consider că problema rezidă în faptul că pacientul nu își poate defini problema *ca* problemă. Pacientul se plânge că îi „lipsește ceva" în viață, că e separat de sentimente, acuză vacuitatea, absența mizei sau sentimentul că s-a rătăcit. Parcursul terapeutic rezervat unor astfel de pacienți e unul difuz. Termenul „vindecare" a fost exilat din vocabularul terapiei; în locul lui, terapeutul vorbește de „dezvoltare" și „progres". Deoarece scopurile sunt nediferențiate, punctul final al terapiei este la fel de neclar, iar parcursul terapeutic va continua an după an, fără o țintă precisă.

 Atrofierea instituțiilor sociale (și psihologice) capabile să ne structureze viața ne-a ajutat să ne confruntăm cu libertatea. Dacă nu există reguli, nici planuri ample, nici lucruri pe care *trebuie* să le facem, atunci suntem liberi să alegem. Natura noastră fundamentală nu s-a schimbat; se poate spune că, odată cu eliminarea din ziua de astăzi a diversiunilor de natură să ascundă libertatea, odată cu dezmembrarea unei structuri impuse din exterior, suntem mai aproape ca niciodată de experiența *realităților* existențiale ale vieții. Însă suntem nepregătiți; e o povară prea grea, angoasa vrea să răbufnească și, atât pe nivel individual, cât și social, ne angajăm într-o încercare frenetică de a ne feri de libertate.

Aș dori acum să mă aplec asupra mecanismelor specifice de apărare care protejează individul de conștientizarea propriei responsabilități. Niciun terapeut nu are parte de vreo zi de muncă fără să întâlnească mai multe exemple de apărări construite pentru a evita responsabilitatea. Le voi discuta pe cele mai comune: compulsivitatea, deplasarea responsabilității pe altă persoană, negarea responsabilității („victima inocentă", „pierderea controlului"), evitarea comportamentului autonom și patologia decizională.

Compulsivitatea

Una dintre cele mai comune apărări dinamice împotriva conștientizării responsabilității e crearea unei lumi psihologice lipsite de libertate și aflate în puterea unei forțe atotputernice străine de propriul eu („non-eu"). Vom numi această apărare „compulsivitate".

O ilustrare clinică este cazul lui Bernard, un agent de vânzări în vârstă de douăzeci și cinci de ani, a cărui problemă era centrată pe vinovăție și pe faptul că se simțea „constrâns". Se simțea constrâns în comportamentul său sexual, în muncă și chiar în momentele libere. Era bărbatul care (vezi exemplul din introducerea secțiunii a doua), eșuând în încercarea de a stabili o întâlnire sexuală (o pusese la cale în mod deliberat cu întârziere), spusese ușurat: „Acum pot să citesc și să dorm așa cum trebuie, ceea ce îmi doream tot timpul". În această expresie remarcabilă, „ce îmi doream tot timpul", stă punctul nodal al problemei lui Bernard. Întrebarea evidentă este: „De ce, Bernard, dacă asta e ce voiai cu adevărat, nu ai făcut-o din prima?"

Bernard a răspuns întrebării în câteva moduri: „Nu mi-am dat seama ce voiam cu adevărat până în momentul în care am simțit valul de ușura-

re care a survenit atunci când ultima femeie m-a refuzat". Altă dată, a declarat că nu realizase că putea alege: „A te culca cu o femeie părea a fi totul". Pulsiunea era atât de constrângătoare, că era de neconceput pentru el să nu se culce cu femeile disponibile, chiar dacă își dădea perfect seama că scurtul extaz sexual era contrabalansat puternic de disconfortul asociat: angoasa anticipativă, sentimentele de insatisfacție față de propria persoană întrucât ruminațiile sexuale îi reduceau eficacitatea la locul de muncă, sentimentul vinovăției, teama că promiscuitatea sa sexuală îi va fi descoperită de nevastă și disprețul de sine cauzat de conștientizarea faptului că era de rea-credință atunci când folosea femeile ca pe niște instrumente.

Bernard a evitat deci problema responsabilității și a alegerii prin intermediul compulsivității ce suprima alegerea; experiența sa subiectivă era similară călăririi unui cal sălbatic agitat și incontrolabil. A recurs la terapie pentru a-și diminua disconfortul, dar era orb la faptul că, pe un anumit nivel, era responsabil pentru acesta – pe scurt, că era autorul fiecărui aspect al condiției sale.

Deplasarea responsabilității

Mulți indivizi evită responsabilitatea personală prin deplasarea acesteia asupra altuia. Manevra este extrem de comună în situația psihoterapeutică. Una dintre temele mari ale travaliului meu cu Bernard s-a referit la efortul său de a muta asupra mea povara responsabilităților ce-i reveneau. Nu se gândea la problemele sale între ședințe, ci doar stoca material pe care mi-l „vărsa" în față. (A replicat acestei observații prin atenționarea abilă că, dacă ar fi „procesat" anterior materialul, ar fi fost eliminată spontaneitatea din ședințe.) Povestea rar vise, deoarece nu avea suficientă determinare să-și noteze visele când se trezea noaptea pentru câteva clipe, iar până dimineața erau uitate. În rarele ocazii când își consemna visele, nu se uita niciodată pe note până la ședințe; de aceea, frecvent, nu își mai putea înțelege scrisul.

În timpul unei vacanțe de vară, când eram plecat în concediu, „a ținut zilele rămase" până să mă întorc și a visat în noaptea de dinainte să reîncepem că era la un meci de fotbal american, unde se vedea *cocoțat pe umerii mei*, prinzând o pasă de touchdown. Comportamentul său în timpul acelei ședințe

 inaugurale a fost o retrăire simbolică a visului: m-a inundat cu relatări detaliate ale angoaselor sale de peste vară, ale sentimentului de vinovăție, ale comportamentului sexual și ale autodesconsiderării. Timp de patru săptămâni, cedase compulsivității și angoasei, așteptându-mă să mă întorc și să îi arăt cum să lupte împotriva lor. Deși folosise adesea exerciții de brainstorming în munca sa, a părut înspăimântat atunci când i-am sugerat un exercițiu simplu (să reflecte asupra propriei persoane timp de douăzeci de minute și mai apoi să scrie observațiile). După câteva încercări (fructuoase), „nu își mai găsea timp" pentru exercițiu. După o ședință în care am insistat să-i spun cum și-a aruncat problemele în seama mea, a avut următorul vis:

> *Un bărbat, X (cineva care semăna cu Bernard – un dublu, evident), m-a chemat la o întâlnire. A spus că îi cunoscusem mama și că voia să mă vadă. Simțeam că nu doresc să îl întâlnesc. Mai apoi însă, m-am gândit că, din moment ce lucra în domeniul relațiilor publice, ar trebui poate să văd ce aș putea obține de la dânsul. Însă nu am putut să stabilesc o întâlnire cu el; programele noastre erau incompatibile. I-am spus: „Poate ar trebui să stabilim o întâlnire să discutăm despre programele noastre!" M-am trezit râzând.*

Bernard conducea cincizeci de mile ca să mă vadă, dar niciodată nu se simțise incomodat de drumul lung. Și totuși, după cum o arată visul, nu putea să își găsească timpul pentru o ședință cu el însuși. Evident, în cazul lui Bernard și al oricărui pacient care nu face eforturi în absența terapeutului, nu e vorba de o chestiune de timp sau de comoditate. Miza este asumarea responsabilității pentru propria viață și pentru schimbare. Și întotdeauna, în spatele acestei înțelegeri a responsabilității, pândește spaima arbitrarului.

Asumarea responsabilității e o precondiție a schimbării terapeutice. Câtă vreme există credința că situația proprie și disconfortul sunt produse de altcineva sau de o forță externă, ce sens are să te dedici schimbării de sine? Oamenii manifestă o inventivitate neobosită în găsirea căilor prin care responsabilitatea poate fi ocultată. De pildă, un pacient s-a plâns de probleme sexuale grave și de durată în căsnicie. Confruntarea cu propriile responsabilități în această situație ar fi condus, cred, la o confruntare înfricoșătoare cu libertatea și i-ar fi arătat că e prins într-o închisoare creată chiar de el însuși. Era de fapt liber, dacă sexul e suficient de important, să își părăsească nevasta sau să își găsească o altă femeie sau să *se gândească* să își părăseas-

că nevasta (simplul gând al despărțirii era îndeajuns să îl ducă pe culmile angoasei). Era liber să își schimbe orice aspect al vieții sale sexuale; iar acest lucru era important deoarece însemna că trebuie să își asume responsabilitatea înăbușirii de o viață a sentimentelor sexuale, ca și a multor altor aspecte ale vieții sale afective. De aceea, el evita cu încăpățânare asumarea responsabilității și atribuia problemele sexuale unui număr de factori din afara sa: mai precis, dezinteresului sexual al nevestei și absenței dorinței acesteia de a se schimba; arcurilor de pat scârțâitoare (atât de zgomotoase, încât copiii vor auzi sunetul coitului, iar din multe alte motive absurde, patul nu putea fi schimbat); îmbătrânirii (avea patruzeci și cinci de ani) și unui deficit libidinal înnăscut; problemelor nerezolvate cu mama sa (care, cum e adesea cazul în explicațiile genetice, servește mai mult găsirii unor scuze decât favorizării schimbării).

Și alte metode de deplasare a responsabilității sunt adesea identificabile în activitatea clinică. Pacienții paranoizi deplasează în mod evident responsabilitatea către alți indivizi sau forțe. Ei se leapădă și de propriile sentimente și dorințe și le atribuie altora, punând invariabil disconfortul și eșecurile proprii pe seama unor influențe externe. Sarcina importantă, și adesea imposibilă cu pacienții paranoizi, constă în a-i ajuta să accepte că ei sunt originea sentimentelor proiectate.

Evitarea responsabilității este, de asemenea, obstacolul mare din cadrul psihoterapiei pacientului suferind de o maladie psihosomatică. Asumarea responsabilității este de două ori mai grea pentru acești pacienți: ei au probleme mai degrabă somatice decât psihologice; și chiar atunci când recunosc substratul psihologic al problemelor fizice, aceștia folosesc mai departe apărarea prin externalizare, atribuind disconfortul lor „nervilor deranjați" sau condițiilor de muncă și mediului.

Negarea responsabilității: victima inocentă

Un tip aparte de evitare a responsabilității poate fi constatată adesea la indivizii (considerați îndeobște ca personalități isterice) care își neagă responsabilitatea considerându-se victime inocente ale unor evenimente pe care (fără să își dea seama) ei înșiși le-au declanșat.

De exemplu, Clarissa, un psihoterapeut practicant, în vârstă de patruzeci de ani, a recurs la terapia de grup pentru a-și trata dificultățile de a

stabili relații intime. Avea probleme mai ales în relaționarea cu bărbații care, începând cu tatăl brutal și punitiv, de regulă o respingeau și o pedepseau. În timpul sesiunilor inițiale din procesul de admisie, mi-a spus că, în urmă cu câteva luni, terminase o psihanaliză de durată și că acum simțea că problemele sale vor fi mai bine atinse în cadrul unui grup. După câteva luni în cadrul grupului, ne-a informat că a reînceput analiza la scurtă vreme după ce a intrat în grup, dar că nu considerase faptul suficient de important pentru a-l comunica membrilor. Totuși, în acest moment, analistul său, care era totalmente potrivnic terapiei de grup, a interpretat participarea sa la o astfel de cură drept manifestarea unui simptom.

Este evident că pacientul nu poate funcționa în cadrul grupului dacă terapeutul individual se opune și îi subminează activitatea. La îndemnul Clarissei, am încercat să mă adresez analistului său, însă acesta a ales să mențină confidențialitatea psihanalitică totală și – cumva arogant, am considerat – a refuzat chiar să converseze cu mine despre această chestiune. M-am simțit trădat de Clarissa, iritat de analistul său și uimit de turnura pe care au luat-o evenimentele. Tot timpul, Clarissa a rămas ingenuă și ușor mirată de evenimentele cauzatoare de haos care i se întâmplau. Membrii grupului au considerat că „face pe naiva" și, într-o încercare de a o face să-și înțeleagă rolul în aceste evenimente, au devenit din ce în ce mai energici, aproape punitivi, în comentarii. Clarissa s-a simțit din nou victimizată, în special de către bărbați și, „din cauza unor circumstanțe independente de ea", a fost nevoită să părăsească grupul.

Acest incident era o versiune miniaturală a principalelor probleme ale Clarissei: o evitare a responsabilității, pe care ea o realiza jucând rolul victimei inocente. Deși nu era încă pregătită să recunoască asta, incidentul deținea cheia dificultăților sale de a stabili relații intime. Doi bărbați importanți din viața sa, analistul și terapeutul de grup, se simțeau manipulați și, în ce mă privește, eram supărat pe ea. Și ceilalți membri ai grupului se simțeau la fel, folosiți. Nu se raportase la ei cu bună-credință; se simțeau simpli pioni într-o piesă de teatru pe care ea o juca împreună cu terapeuții săi.

Să ne amintim că problemele în dezvoltarea unor relații intime au fost cele care au adus-o pe Clarissa la terapie. Responsabilitatea sa pentru aceste dificultăți era în cadrul grupului cât se poate de limpede. Nu fusese niciodată *împreună* cu cineva. Cât timp era alături de membrii grupu-

lui, era cu mine. Când era lângă mine, era cu analistul; și, fără îndoială, când era lângă el, era cu tatăl său. Dinamica Clarissei prin care se poziționa ca o victimă inocentă era evidentă, mai ales că ea însăși era un psihoterapeut experimentat, condusese grupuri de terapie și cunoștea foarte bine importanța comunicării între individ și terapeutul grupului.

Negarea responsabilității: pierderea controlului

O altă modalitate de renunța la orice responsabilitate e ca temporar „să-ți pierzi mințile". Unii pacienți intră într-o stare irațională temporară în care se pot comporta iresponsabil, câtă vreme nu sunt responsabili nici măcar în fața lor înșiși, pentru comportament. Tocmai aceasta a fost, într-unul dintre exemplele cu care debutează secțiune a doua, problema pe care terapeutul o abordează atunci când întreabă o pacientă (care se plângea că modul în care ea se comportase nu fusese intenționat): „Al cui inconștient a fost?" Este important să remarcăm că examinarea atentă a unor astfel de pacienți va revela terapeutului că „pierderea controlului" nu este câtuși de puțin un comportament dezordonat: el are un scop, oferind pacientului atât beneficii secundare („profituri"), cât și o evitare a responsabilității prin autoiluzionare.

O pacientă, care fusese brutalizată și mai apoi respinsă de un amant sadic și insensibil, „și-a pierdut mințile" și, „înnebunind", a schimbat radical raporturile de control în cadrul relației sale. L-a urmărit timp de săptămâni, a intrat în mod repetat în apartamentul acestuia și l-a vandalizat, a făcut scene aruncând farfurii și țipând când lua masa la restaurant cu prietenii. Comportamentul său nebun, impredictibil l-a învins cu totul: s-a panicat, a cerut protecția poliției, și, până la urmă, a apelat la serviciul de urgență psihiatrică. Când și-a îndeplinit scopul, *mirabile dictu*, ea și-a recăpătat controlul și, din acest moment, s-a comportat în întregime rațional. E o dinamică deloc rară, dar pe care o găsim în forme mai discrete. Mulți indivizi sunt terorizați de iraționalitatea partenerului.

Pierderea controlului oferă un alt beneficiu frecvent: grija din partea altuia. Unii pacienți își doresc atât de mult ca cineva să aibă grijă de ei, să fie hrăniți, să fie îngrijiți în modurile cele mai intime de către terapeut, că, pentru a-și îndeplini dorințele, „își pierd mințile", chiar până într-acolo când regresia severă necesită spitalizarea.

Terapeuții sunt adesea lăsați perplecși de pacienții care știu prea bine ce trebuie să facă pentru a se simți bine, dar, inexplicabil, nu fac nimic în acest sens. Paul, un pacient deprimat și pe cale de a-și schimba locul de muncă, a venit la New York pentru niște interviuri de angajare. Se simțea disperat de singur: interviurile în sine umpleau doar șase ore pe parcursul a trei zile, iar restul timpului era petrecut într-o așteptare solitară și agitată. Întrucât trăise mai mulți ani în New York, Paul avea mulți prieteni aici, a căror prezență i-ar fi ridicat cu siguranță moralul. A petrecut două seri privind către telefon, dorindu-și ca ei să sune – o imposibilitate, deoarece nu aveau cum să știe că e în oraș. Și totuși nu a putut ridica receptorul să le dea un telefon.

De ce? Am analizat aici îndelung, pornind de la explicații cum ar fi „lipsa energiei", „umilința prea mare de a cere compania cuiva", „vor crede că îi sun doar când am nevoie de ei". Doar gradual am înțeles amândoi că acest comportament reflecta reticența sa de a recunoaște că starea sa de bine și confortul său erau în propriile mâini și că ajutorul nu va veni decât dacă va face ceva pentru a se ajuta. La un moment dat, am comentat că e groaznic să-ți fii propriul tată; această frază a reverberat adânc în Paul și, în terapia care a urmat, el s-a referit adesea la ea. Pentru el (ca și pentru Sam, din capitolul 4, care, după ce a fost părăsit de soție, nu putea să iasă să-și caute prieteni, pentru a nu pierde un apel telefonic), paradoxul era că, pentru a-și diminua solitudinea socială, trebuia să se confrunte cu o singurătate existențială mai profundă. Vedem în aceste exemple confluența a două sisteme de referință: asumarea responsabilității conduce și la renunțarea la credința într-un salvator suprem – o sarcină extrem de dificilă pentru un individ care și-a edificat *Weltanschauung*-ul în jurul acestei credințe. Aceste două sisteme de referință concertate dau dinamica fundamentală a dependenței și furnizează terapeutului un sistem explicativ coerent și puternic, prin care să înțeleagă dependența patologică a individului.

Următorul capitol va analiza în profunzime relația dintre asumarea responsabilității și voință (adică dintre dorință și decizie). De aceea, mă voi opri doar puțin aici, numai pentru a puncta că, atunci când cineva dorește și alege totalmente lucid, el se confruntă cu responsabilitatea. Teza centrală a capitolului de față este că ne creăm pe noi înșine; cea a următorului este că dorința și decizia sunt materialul creației. După cum ne spunea frecvent Sartre, viața individului este constituită de propriile alegeri. Individul este ceea ce și-a dorit să fie. În cazul în care o persoană este înspăimântată de autoconstituire (și de arbitrarul relevat de o astfel de cunoaștere), ea poate evita să voiască, curmându-și dorința sau emoțiile, abdicând de la alegeri, sau transferându-și alegerea altor indivizi, instituții sau evenimentelor exterioare. În capitolul 7, voi examina aceste mecanisme de evitare a responsabilității prin negarea voinței.

Asumarea responsabilității și psihoterapia

Pentru a asista pacientul în asumarea propriei responsabilități, primul pas al terapeutului nu e recursul la o tehnică anume, ci adoptarea unei atitudini pe care se va baza tehnica ulterioară. Terapeutul trebuie să acționeze permanent în cadrul sistemului de referință pe care pacientul și l-a creat în propria suferință. *Nu* șansa, ghinionul sau genele proaste l-au făcut pe pacient singuratic, izolat, abuzat cronic sau insomniac. Terapeutul trebuie să determine rolul jucat de fiecare pacient în propria-i dilemă, și să găsească modurile de a comunica descoperirea pacientului. Până când individul nu realizează că e autorul propriului disconfort, nu poate exista nicio motivație de schimbare. Dacă credința că suferința e creația altora, rezultatul ghinionului sau al unei slujbe nesatisfăcătoare – pe scurt, este efectul a ceva exterior –, ce rost mai are să investești energie în propria schimbare? În fața unor astfel de sisteme de credințe, strategia evidentă nu va fi una terapeutică, ci una activistă: schimbarea mediului.

Disponibilitatea de a accepta responsabilitatea variază considerabil de la pacient la pacient. Pentru anumiți pacienți este extrem de dificil și constituie cea mai amplă sarcină din cadrul terapiei, dar, odată responsabilitatea asumată, schimbarea terapeutică apare aproape automat și fără efort.

 Alții își asumă mai repede responsabilitatea, dar se împotmolesc repetat pe alte stadii. În general, conștientizarea propriei responsabilități nu e uniformă, indivizii acceptând responsabilitatea în anumite chestiuni și respingând-o în altele.

Identificarea și etichetarea

Prima sarcină a terapeutului este să dea atenție problemei, să identifice situațiile și metodele prin care este evitată responsabilitatea și să comunice toate aceste lucruri pacientului. În funcție de preferința stilistică, terapeuții folosesc o varietate uriașă de tehnici pentru a focaliza atenția pacientului pe responsabilitate. Să luăm câteva din exemplele din începutul secțiunii a doua: terapeutul care răspunde scuzei pacientului pentru propriul comportament („Nu a fost ceva deliberat, am făcut-o inconștient.") cu întrebarea: „Al cui inconștient a fost?" încurajează asumarea responsabilității. La fel stau lucrurile și cu terapeutul care cere pacientului să „ia în propriile-i mâini" ceea ce i se întâmplă (nu „mă enervează", ci „îl las să mă enerveze"). Clopoțelul „Nu pot", care cere subiecților să schimbe pe „Nu pot" cu „Nu vreau", este un truc destinat să îmbunătățească conștientizarea responsabilității. Câtă vreme cineva crede că „Nu poate", nu își dă seama de contribuția pe care o are la propria situație. Pacientului căruia i se cere să spună: „Nu mă voi schimba, mamă, până când mă vei trata altfel la zece ani", i se cere de fapt să reflecteze asupra *refuzului* său (mai degrabă decât o inabilitate) de a se schimba. În plus, el e confruntat cu absurditatea propriei situații și cu sacrificiul său tragic, dar inutil, pe altarul încăpățânării.

Vera Gatch și Maurice Temerlin au studiat benzi audio înregistrate în ședințe de psihoterapie și au consemnat un potpuriu de intervenții (adeseori insesizabile) realizate pentru a spori conștientizarea responsabilității:

> *Când un bărbat s-a plâns cu amărăciune și pasivitate că nevasta nu se culcă cu el, terapeutul i-a clarificat alegerea implicită remarcând că: „Trebuie să o placi așa cum e; ești căsătorit cu ea de multă vreme". O soție s-a plâns: „Nu pot să îmi strunesc copilul; tot ce face e să stea toată ziua și să se uite la televizor". Terapeutul i-a explicat alegerea implicită replicând: „Ești cumva prea*

mică și neajutorată ca să închizi televizorul?" Un bărbat impulsiv și obsesional a strigat: „Oprește-mă, mi-e teamă că o să mă omor". Terapeutul a răspuns: „Eu ar trebui să te opresc? Dacă vrei cu adevărat să te sinucizi, să mori cu adevărat, nimeni nu te poate opri în afară de tine". Interacționând cu un bărbat pasiv, cu o fixație orală, care simțea că viața nu mai are ce să îi rezerve, deoarece suferea din cauza dragostei neîmpărtășite pentru o femeie mai în vârstă, un terapeut a început să-i cânte „Sărmanul mielușel care s-a rătăcit".[10]

Principiul general e evident: când pacientul se lamentează cu privire la propria viață, terapeutul pune problema modului în care pacientul și-a creat singur situația în care se găsește.

E adesea util ca terapeutul să țină seama de primele plângeri ale pacientului și, în momentele potrivite ale terapiei, să pună aceste plângeri față în față cu atitudinile și comportamentele care se ivesc mai târziu în terapie. Să luăm de exemplu un pacient care a recurs la terapie din cauza sentimentelor de izolare și singurătate. În timpul terapiei, am discutat impresia sa de superioritate, ca și aroganța și desconsiderarea sa pentru alții. Rezistența sa la schimbarea acestor atitudini era mare: erau egosintonice și menținute cu încăpățânare. Terapeutul a ajutat pacientul să își vadă responsabilitatea pentru situația-i inconfortabilă, comentând ori de câte ori pacientul punea în discuție disprețul față de ceilalți: „Iar tu ești singur!"

Pacienții cărora le repugnă să fie constrânși în viață trebuie ajutați să aprecieze cât au contribuit pentru a ajunge la situația în care se găsesc, de exemplu, alegând să nu divorțeze, să aibă două servicii, să întrețină trei câini, să îngrijească o grădină și așa mai departe. De regulă, viața presupune atâtea obligații, încât ajunge să fie considerată ca un dat, ca o structură concretă ce trebuie locuită, în loc să fie privită ca o urzeală creată de propria persoană, și care poate fi refăcută în mai multe feluri. Este motivul pentru care Otto Will își întreba un pacient crispat și obsesiv de ce nu își schimbă numele și nu se mută în California. L-a confruntat forțat cu propria libertate, cu faptul că era realmente liber să își modifice structura vieții – să o constituie cu totul și cu totul diferit.

Desigur, există o replică imediată: „Există multe lucruri ce nu pot fi schimbate". Trebuie să ne câștigăm existența, să fim părinții propriilor copii, să ne îndeplinim obligațiile morale. Trebuie să ne acceptăm limitările: un paraplegic nu are libertatea de a umbla, iar un sărac nu poate re-

 nunța la slujba sa; o văduvă bătrână are posibilități limitate de a se căsători și așa mai departe. Această obiecție, una fundamentală pentru conceptul libertății omenești, poate apărea în orice stadiu al terapiei și este suficient de importantă pentru a o trata amănunțit într-o secțiune separată (vezi mai departe subcapitolul „Limitele responsabilității").

Deși aceste tehnici de etichetare și subliniere a propriei responsabilități își au propria utilitate, sunt totuși de o eficacitate terapeutică limitată. Clopoțeii „Nu pot" sau sloganuri precum „Ia-ți viața în propriile mâini!" ori „Stăpânește-ți sentimentele!" sunt adesea de natură să impresioneze, însă majoritatea pacienților au nevoie de ceva mai mult decât de îndemnuri, iar terapeuții trebuie să folosească metode mai de impact. Cele mai puternice metode aflate la îndemâna terapeuților implică analiza comportamentului curent (din cadrul terapiei) al pacientului și demonstrarea faptului că pacientul recreează în microcosmosul situației terapeutice situațiile cu care se confruntă în viață. După cum voi arăta, psihoterapia poate fi structurată așa încât să ofere pacientului clarificările necesare pentru a-și da seama de propria responsabilitate.

Responsabilitatea și dimensiunea „aici și acum"

Terapeutul care încearcă să analizeze narațiunea pacientului în efortul de a-i demonstra responsabilitatea pe care o poartă într-o situație de viață se rătăcește adesea în nisipuri mișcătoare. Pacientul spune *sotto voce*: „Foarte bine. Poate să stea în cabinetul său confortabil și să îmi spună ce să fac, dar nu știe *realmente* ce bătăuș sadic e soțul meu" (sau „ce șef imposibil am", „cât de copleșitoare e compulsia mea", „ce se întâmplă cu adevărat în lumea afacerilor" sau orice altceva, dintr-un număr nelimitat de obstacole insurmontabile). Nu există limite ale acestei rezistențe deoarece, după cum știe orice terapeut cu experiență, pacientul nu e un observator obiectiv al propriei situații de viață. Pacientul poate folosi mecanisme de apărare prin externalizare sau distorsiona informațiile în varii moduri, astfel încât să se potrivească ipoteticei sale lumi. De aceea, terapeutul poate doar arareori să faciliteze asumarea responsabilității, dacă utilizează date la mâna a doua.

Capacitatea de intervenție sporește însă mult dacă terapeutul folosește material la prima mână, provenit din „aici și acum"-ul tratamentului.

Focalizându-se asupra experienței care a ieșit la iveală în situația terapeutică, asupra experiențelor la care a participat direct, terapeutul poate ajuta pacientul să își examineze responsabilitatea pentru comportamentul generat, înainte de a fi acoperită și ascunsă de mecanismele de apărare. Impactul terapeutic este considerabil sporit dacă terapeutul selectează un incident sau un aspect al comportamentului care prezintă asemănări evidente cu problema care l-a adus pe pacient la terapie.

Doris, o pacientă, ne oferă o ilustrare clinică. A recurs la terapie din cazua angoasei severe ce înconjura relațiile cu bărbații. Problema ei principală, după cum o descria, era că se implica în relații cu bărbați care o abuzau, dar de care era incapabilă să se despartă. Tatăl său o abuzase și la fel făcuse și primul său soț, actualul soț, ca și un șir lung de angajatori. Relatarea dificultăților sale era convingătoare, iar înclinația mea era să accept că a fost foarte ghinionistă și de aceea a ajuns iarăși și iarăși în ghearele unor nenorociți. După câteva luni în care avusese parte de o terapie de grup, a fost cuprinsă de o angoasă furtunoasă. Incapabilă să aștepte următoarea ședință a grupului, m-a sunat într-o dimineață pentru o ședință individuală de urgență. Cu multe dificultăți, am reușit să îmi modific programul și să îi programez o întâlnire la 3:00 p.m. în acea zi. La trei fără douăzeci de minute a sunat, lăsând un mesaj prin care anula întâlnirea. Peste câteva zile, în cadrul întâlnirii de grup, am întrebat-o ce s-a întâmplat. Mi-a răspuns că se simțise ceva mai bine după-amiază și, deoarece regula mea era să nu văd un membru al grupului decât o singură dată într-o ședință individuală pe tot parcursul terapiei, decisese să își păstreze ora pentru momentele în care ar fi avut nevoie mai mare de ea.

Însă eu nu stabilisem nicio astfel de regulă! Nu aș fi refuzat niciodată să văd un pacient într-o situație de urgență. De asemenea, niciun alt membru al grupului nu mă auzise spunând ceva care să poată fi interpretat în acest sens. Însă Doris era convinsă că îi zisesem așa ceva. A ales să își amintească și alte incidente din relația noastră de o manieră extrem de selectivă. De exemplu, și-a adus aminte cu o claritate uluitoare un comentariu singular lipsit de răbdare pe care îl făcusem cu luni înainte (cu privire la tendințele sale monopolizante) și l-a repetat adesea în cadrul grupului. Totuși, a uitat multe remarci pozitive și încurajatoare pe care le făcusem la adresa sa în lunile ce au urmat.

Modul în care Doris interacționa cu mine în microcosmosul creat aici și acum era reprezentativ pentru relațiile sale cu bărbații și a scos la lumină aportul său (altfel spus, responsabilitatea) la propria situație în viață. Distorsiona percepția persoanei mele în același mod în care distorsiona percepția altor bărbați, văzându-ne pe toți ca autoritari și nepăsători. Însă mai era ceva de învățat din acest incident. Eram supărat pe Doris pentru contramandarea ședinței în ultimul moment, după ce făcusem un efort considerabil să-mi găsesc timp pentru ea. De asemenea, mă simțeam iritat de faptul că insista că aș fi pomenit ceva despre o regulă referitoare la o ședință individuală unică, chiar și când ceilalți membri nu erau de acord. Cu oarecare efort, mi-am calmat iritarea și mi-am menținut obiectivitatea terapeutică, dar îmi puteam imagina cu ușurință ce greu este să relaționezi cu Doris într-o situație neterapeutică din viața reală.

În esență, realitatea era că Doris avea anumite credințe despre bărbați, anumite așteptări referitoare la comportamentul față de ea. Aceste așteptări îi distorsionau percepția, iar distorsiunile conduceau la un comportament care cerea *chiar comportamentul de care se temea.* Strategia „profeției autoîmplinite" este comună: individul se așteaptă înainte de toate ca un anumit gen de evenimente să aibă loc, mai apoi se comportă așa încât să determine împlinirea profeției, iar într-un final *expediază asumarea propriului comportament în inconștient.*

Incidentul a fost crucial din cauza consecințelor importante asupra problemelor sale fundamentale. Dacă și-ar fi putut pricepe și accepta responsabilitatea pentru modul în care se raporta la mine, atunci ar fi fost foarte aproape de a-și înțelege responsabilitatea pentru relațiile cu alți bărbați din viața ei, fiind nevoie aici doar de o minimă generalizare. Cred că terapeutul trebuie să exploateze incidentul și să se țină de el cu tenacitate. Îl va identifica și îi va sublinia importanța: „Doris, cred că ce s-a întâmplat între noi e foarte important, deoarece ne oferă un indiciu cu privire la problemele dintre tine și bărbații din viața ta". Dacă pacientul nu este încă pregătit să accepte interpretarea, ea va trebui repetată în viitor, când există dovezi suplimentare care să o ateste sau când relația cu terapeutul e mai solidă.

Unul dintre cele mai importante instrumente de care dispune terapeutul pentru a identifica aportul pacientului la propria situație provine din atenția acordată propriilor sentimente. Spre exemplu, o femeie depresivă

de patruzeci și opt de ani se plângea amarnic de modul în care e tratată de copii. Îi respingeau opiniile, se purtau sfidător, iar atunci când exista o problemă serioasă, vorbeau cu tatăl. Mi-am explorat sentimentele față de ea și mi-am dat seama de sunetul plângăreț al vocii sale, care mă îndemna să nu o iau în serios și să o tratez ca pe un copil. I-am comunicat senzația, iar aceasta i-a fost de un enorm ajutor: a ajutat-o să își dea seama de comportamentul său copilăros din multe contexte. Analiza lui „aici și acum" (smiorcăiala sa) a fost foarte importantă, deoarece a ajutat-o să rezolve enigma modului în care era tratată de copii. La urma urmei, ei doar urmau instrucțiunile sale și o tratau exact cum cerea să fie tratată (prin mijloace nonverbale, smiorcăindu-se, scuzându-se prin invocarea propriei slăbiciuni și prin depresia sa neputincioasă).

Nu doar că evitarea responsabilității de către pacient e reluată în cadrul relației pacient–terapeut, ci e replicată și în atitudinea pacientului față de terapie. Adesea, cu acordul tacit al terapeuților, pacienții se instalează confortabil, pasiv și permanent în cură, așteptând să nu se întâmple nimic sau, dacă e să se întâmple ceva, să se întâmple datorită terapeutului.

Terapeutul care are sentimentul că e foarte împovărat de pacient sau e convins că, timp de o oră, nu se va întâmpla nimic, i-a permis de fapt pacientului să treacă responsabilitatea pe umerii săi. Terapeutul poate interveni în acest proces în câteva feluri. Cei mai mulți aleg să reflecte asupra procesului terapeutic. Terapeutul poate comenta că pacientul alege să arunce responsabilitatea în cârca terapeutului sau că terapeutul nu are senzația că pacientul colaborează activ în cadrul terapiei. De asemenea, terapeutul poate comenta propriul sentiment că duce toată povara curei. Sau el poate găsi că nu există o modalitate mai puternică de a determina un pacient leneș să acționeze decât întrebându-l: „De ce vii la terapie?"

Există câteva rezistențe tipice ale pacienților la aceste intervenții, care gravitează în jurul temei lui „Nu știu ce să mă fac", „Dacă aș ști ce să fac, nu aș fi aici", „De aceea vin la tine" sau „Spune-mi ce am de făcut". Pacientul simulează neputința. Deși insistă că nu știe ce are de făcut, pacientul a primit multe indicații implicite sau explicite din partea terapeutului. Însă pacientul nu își dezvăluie sentimentele; pacientul nu își poate aminti visele (e prea obosit să le consemneze sau uită să așeze lângă pat creionul și hârtia); pacientul preferă conversația pe subiecte intelectuale sau să atragă terapeutul într-o discuție fără sfârșit despre

 cum decurge terapia. După o cum știe orice terapeut, problema nu e că pacientul nu știe ce să facă. Fiecare dintre aceste tactici reflectă aceeași problemă: pacientul refuză să asume responsabilitatea pentru schimbarea sa după cum, în afara ședinței, refuză să accepte responsabilitatea pentru felul în care trăiește.

Ruth, membră a unui grup de terapie, oferă o ilustrare ideii. Evita responsabilitatea în orice sferă a vieții. Era disperat de singură, nu avea nicio prietenă și toate relațiile sale cu bărbați eșuaseră din cauza nevoii sale de dependență, mult prea mare din punctul lor de vedere. Mai mult de trei ani de terapie se dovediseră ineficace. Terapeutul său individual o asemăna pe Ruth în timpul curei cu „o greutate de plumb": nu producea niciun material dincolo de ruminațiile circulare referitoare la dilemele legate de bărbați, nicio fantezie, niciun material transferențial și, timp de trei ani, niciun vis. În disperare, terapeutul său a trimis-o la o terapie de grup. Însă, în cadrul grupului, Ruth doar reitera postura sa neajutorată și pasivă. După șase luni, nu progresase nicicum și nu ajunsese nicăieri.

Într-o ședință crucială, s-a plâns de faptul că nu fusese ajutată de grup și a declarat că se întreba dacă grupul și terapia erau potrivite pentru ea.

Terapeutul: Ruth, aici faci ce faci în afara grupului. Aștepți să ți se întâmple ceva. Cum poate grupul să îți fie de ajutor dacă tu nu-l folosești?
Ruth: Nu știu ce să fac. Vin săptămânal aici și nu se întâmplă nimic. Nu mă aleg cu nimic de pe urma terapiei.
Terapeutul: Bineînțeles că nu te alegi cu nimic. Cum să ți se întâmple ceva când nu faci nimic în acest sens?
Ruth: Nu am nicio idee. Nu știu ce să zic.
Terapeutul: Pare important pentru tine să nu știi niciodată ce să zici sau ce să faci.
Ruth: (plângând) Spune-mi ce vrei să fac. Nu vreau să fiu așa toată viața. În acest weekend am mers în excursie cu cortul. Toți ceilalți excursioniști păreau în al nouălea cer, totul era înfloritor, dar eu am fost tot timpul extrem de nefericită.
Terapeutul: Vrei să îți spun ce să faci, chiar dacă știi destul de bine cum poți funcționa mai bine în cadrul grupului?
Ruth: Dacă aș ști, aș face-o.
Terapeutul: Dimpotrivă! Ți se pare foarte înspăimântător să faci cu adevărat ce poți să faci pentru tine.

Ruth: (izbucnind în lacrimi) Mă aflu în același loc de rahat. Mintea mi-e zăpăcită. Tu ești iritat din cauza mea. În acest grup mă simt mai rău, nu mai bine. Nu știu ce să fac.

Este momentul în care restul grupului a intervenit. Unul din membri a rezonat cu Ruth și a spus că e în aceeași situație. Alți doi și-au exprimat supărarea pe neputința sa veșnică. Un altul a comentat, cu dreptate, că grupul a avut parte de discuții interminabile despre cum membrii pot participa mai eficient. (O lungă porțiune din întâlnirea anterioară chiar fusese consacrată chestiunii.) Avea numeroase opțiuni, i-a spus un altul. Putea să vorbească despre lacrimile ei, tristețea sa sau despre cât de rănită era. Sau despre ce ticălos rigid era terapeutul. Sau despre sentimentele față de oricare dintre ceilalți membri. Cunoștea asta, și toată lumea știa că are cunoștință de toate aceste opțiuni. Grupul se întreba: „De ce trebuia să își conserve postura neputinței și pseudodemența?"

După ce a fost impulsionată, Ruth a declarat că, în ultimele trei săptămâni, în drumul către grup, s-a hotărât să își pună în discuție sentimentele față de ceilalți membri, dar a dat permanent înapoi. În acea zi, a spus că vrea să vorbească despre motivele care au împins-o să nu participe la întâlnirile la o cafea, de după grup. Dorise, dar nu participase deoarece era reticentă să stea mai aproape de Cynthia (un alt membru al grupului), pentru ca respectiva, pe care o vedea ca fiind o pisăloagă, să nu o sune la miezul nopții și să îi ceară ajutorul. Ca urmare a reacției intense a Cynthiei, Ruth și-a dat în vileag sentimentele legate de alți doi membri, așa că, până la sfârșitul ședinței, a parcurs o distanță mai mare decât în cele șase luni de dinainte. Ceea ce merită subliniat în acest exemplu e că plângerea lui Ruth, „Spune-mi ce să fac", era o expresie menită să evite responsabilitățile. Când a fost pusă suficientă presiune, a arătat că știe foarte bine ce trebuie să facă în cadrul terapiei. Însă nu voia să știe ce trebuie să facă! Dorea ajutor și voia ca schimbarea să vină din exterior. Să se ajute, să fie propria mamă era înfricoșător; o aducea prea aproape de înfricoșătoarea revelație că era liberă, responsabilă și esențialmente singură.

Înțelegerea terapiei ca un microcosmos social – un cadru în care pacientul nu numai că își povestește problemele, dar își manifestă propria psihopatologie aici și acum – este caracteristică tuturor abordărilor terapeutice (individuale, familiale sau de grup). Ea e relevantă însă mai ales în cazul grupurilor. Înainte de toate, un număr mare de indivizi, între opt și zece (inclusiv terapeutul sau terapeuții) oferă șansa ca majoritatea ariilor conflictuale să fie activate. În cadrul individual, pacientul se lovește, în interacțiunea cu terapeutul, de conflictul cu autoritatea, părinții sau figurile parentale. Însă, în cadrul grupului, pacientul se întâlnește cu multe alte persoane, care activează alte probleme interpersonale (rivalitatea între frați, heterosexualitatea, homosexualitatea, competiția cu semenii, intimitatea, autorevelarea, generozitatea, disponibilitatea de a da și a primi etc.), așa că avem justificarea necesară să considerăm terapia de grup drept un univers social în miniatură pentru fiecare dintre membri.

„Aici și acum"-ul grupului de terapie interacțională de mici dimensiuni furnizează condiții optime mai ales travaliului terapeutic ce țintește conștientizarea responsabilității. Unul dintre cele mai fascinante aspecte ale terapiei de grup este că toți membrii sunt născuți egali: toți pornesc în grup de pe picior de egalitate. Fiecare, într-un mod vizibil celorlalți membri și, dacă terapeutul își îndeplinește sarcina, vizibil și pacientului însuși, își creează o nișă și își formează un spațiu personal în cadrul grupului. Astfel, pacientul este responsabil pentru poziția interpersonală pe care și-o construiește în cadrul grupului (și, prin analogie, lucrurile stau la fel și în viață), ca și pentru suita de evenimente ce i se vor întâmpla. Grupul are mai mulți ochi. Membrii nu trebuie să accepte descrierea cuiva despre cum este el victimizat de alte persoane sau evenimente externe. Dacă grupul funcționează în dimensiunea lui aici și acum (altfel spus, se focalizează cu precădere pe analiza relațiilor dintre membri), atunci membrii vor observa cât de mult contribuie fiecare la propria autovictimizare și eventual vor furniza aceste informații membrului în cauză.

Deși noi, terapeuții, nu gândim procesul din cadrul grupului în acest mod, cred că activitățile principale din interiorul său, cu precădere în stadiile inițiale ale terapiei, sunt orientate astfel încât fiecare membru să își înțeleagă propria responsabilitate. De ce oare încurajăm membrii să fie di-

recți și onești în cadrul grupului (altfel spus, să fie ei înșiși)? De ce încurajăm feedbackul? De ce încurajăm membrii să își împărtășească impresiile și sentimentele celorlalți din grup? Cred că terapeutul de grup, adesea fără să își dea seama, încearcă să își conducă pacienții prin următoarele stadii:

1. *Pacienții află cum este văzut comportamentul lor de alții.* Grație feedbackului și, mai târziu, autoobservației, pacientul învață să se vadă prin ochii celuilalt.
2. *Pacienții află cum comportamentul lor îi face să se simtă pe ceilalți.*
3. *Pacienții află cum comportamentul propriu creează credințele pe care alții le au despre ei.* Membrii află că, datorită comportamentului lor, alții îi prețuiesc, displac, evită, exploatează, se tem de ei și așa mai departe.
4. *Pacienții află cum comportamentul le influențează opiniile despre ei înșiși.* Pornind de la informația adunată în primii trei pași, pacienții își formează autoevaluări; formulează judecăți despre valoarea proprie și măsura în care sunt demni de a fi iubiți și află cum comportamentul lor stă la originea acestor judecăți.

Fiecare pas pornește de la comportamentul pacientului și încearcă să demonstreze repercusiunile acelui comportament. Punctul final este dat de înțelegerea de către membrul grupului că e responsabil de modul cum alții îl văd, îl tratează sau îl evaluează. În plus, el este responsabil pentru modul în care se vede pe sine. E cât se poate de evident și convingător că experiența individului în cadrul grupului este un microcosmos al vieții sale; și, din experiența mea, pacienții nu întâmpină probleme în a generaliza asumarea responsabilității individuale de la situații din cadrul grupului la situații din viață. Odată ajunși aici, pacienții intră în antecamera schimbării; iar în acest moment terapeutul i se alătură pentru a facilita procesul volitiv, după cum voi arăta în capitolul următor.

Terapia interacțională de grup amplifică asumarea responsabilității, nu doar făcând membrii conștienți de contribuția personală la situațiile nesatisfăcătoare din viață, ci și accentuând rolul fiecărui membru în bunul mers al grupului. Principiul de la care se pornește e ca membrii să își asume responsabilitatea pentru funcționarea grupului, să realizeze că pose-

 dă abilitatea (și obligația) de a-și asuma responsabilitatea în toate sferele vieții.

Terapia de grup eficace este una în care membrii înșiși sunt principalele surse de ajutor. Când pacienții privesc înapoi către experiențele de succes din cadrul terapiei de grup, atribuie progresele direct terapeutului doar arareori – fie anumitor comentarii ale terapeutului, fie relației generale cu acesta. În schimb, pacienții indică de regulă un anumit aspect al relației cu alți membri ai grupului: fie sprijinul, fie conflictul și rezolvarea, fie acceptarea sau chiar adesea sentimentul că au fost de ajutor celorlalți. Grupul centrat pe lider nu promovează astfel de evenimente și adesea toată speranța și ajutorul sunt considerate ca emanând de la acesta. (Abordări orientate pe lider precum grupurile terapeutice gestaltiste sau de analiză tranzacțională eșuează, cred, în a exploata la adevăratele posibilități potențialul terapeutic inerent formatului de grup.)

E important, așadar, ca un lider de grup să-și asume sarcina de a crea un sistem social – un sistem în care grupul și membrii înșiși sunt agenți ai schimbării. Liderul trebuie să fie extrem de sensibil la cine poartă responsabilitatea în grup. Dacă se gândește cu exasperare la întâlnirile grupului și la sfârșitul lor se simte obosit și stors, atunci e clar că există ceva care merge rău în asigurarea unei atmosfere terapeutice optime. În cazul în care liderul are senzația că totul depinde de el, că fără contribuția sa nu se va întâmpla nimic în cadrul grupului, că membrii sunt spectatori care vin să vadă reprezentația săptămânală, atunci membrii grupului își vor fi transferat cu succes povara responsabilității pe umerii terapeutului.

Cum reușește terapeutul să facă grupul să își asume responsabilitatea pentru propria funcționare? În primul rând, liderul trebuie să realizeze că este de regulă singura persoană din grup care, datorită experienței anterioare, are relativ clar în minte ce înseamnă o ședință bună sau proastă. Liderul trebuie să ajute membrii să dobândească și ei o astfel de imagine și să-i încurajeze să acționeze în consecință. Dispune de câteva tehnici utile aici. Conducătorul poate recurge la verificări ale procesului, intervenind brusc și întrebând din când în când membrii cum evaluează mersul ședinței din ultimele treizeci de minute. Dacă întâlnirea avansează cu greutate, conducătorul le poate cere să o compare cu cele precedente, mai dinamice, așa încât membrii să învețe gradual să diferențieze între întâlnirile funcționale de cele nefuncționale. Dacă fiecare este de acord că întâlnirea a fost

fructuoasă și eficace, atunci liderul îi va încuraja să țină minte acea ședința, ca pe un standard cu care vor fi comparate ședințele ulterioare.

Dacă în răspunsul la solicitarea de evaluare a ședinței unul dintre membri comentează că a fost implicat doar în primele cincisprezece minute, dar a stat pe margine pentru restul celor treizeci de minute după ce Joe sau Mary au început să vorbească, liderul poate întreba în diferite moduri de ce respectivul membru a lăsat întâlnirea să se scurgă de o manieră care nu l-a ajutat. Cum ar fi putut acea persoană redirecționa întâlnirea? Liderul poate sonda grupul și, găsind un consens general că ședința a fost nesatisfăcătoare, poate întreba: „Cu toții păreți să o știți. De ce nu ați oprit mersul întâlnirii ca să-l redirecționați? De ce ați lăsat pe seama mea ceea ce fiecare din această încăpere e capabil să facă?" Tehnica permite desigur multe variațiuni, în funcție de preferințele stilistice ale terapeutului; importantă e însă strategia de bază, care încurajează pacienții să își asume responsabilitatea pentru propriile vieți prin intermediul unui proces de asumare a responsabilității pentru mersul terapiei lor.

Terapia în grupuri mari. Același principiu este valabil și în cazul grupurilor terapeutice mari. Facilitarea asumării de către pacient a responsabilității personale a constituit un impuls important în direcția constituirii unei anumite comunități terapeutice. Internarea într-un spital psihiatric a fost întotdeauna o experiență de natură să priveze individul de orice responsabilitate: pacienții erau deposedați de putere, capacitate de decizie, libertate, spațiu privat și demnitate. Maxwell Jones a conceput o comunitate terapeutică în care experiența spitalicească să sporească autonomia pacientului, în loc să o diminueze. Spitalul a fost restructurat astfel încât pacienții să aibă o responsabilitate extinsă în ceea ce privește propriul tratament și mediul. Guvernarea de către pacienți presupunea dreptul de a decide cu privire la regulile spațiului spitalicesc, permisii, deciziile personalului de gardă și chiar în ceea ce privește externările și tratamentul medicamentos.

Un sinonim pentru asumarea responsabilității este „gestionarea vieții". Multe abordări terapeutice pun accentul pe învățarea unor aptitudini necesare gestionării vieții. În cadrul unităților unde sunt internați pacienții au fost organizate adesea grupuri „contractuale", în care este trecut în revistă contractul fiecărui pacient (o convenție că își va lua viața în propriile mâini), fiindu-i discutate diferitele aspecte. Grupul se poate focaliza sistematic asu-

 pra a ceea ce fiecare poate face pentru a-și asuma chestiuni de ordin individual, precum finanțele, sănătatea fizică sau relațiile sociale.

Asumarea responsabilității și stilul terapeutului

Activitate și pasivitate. Facilitarea asumării responsabilității ridică adesea o dilemă terapeutului. Un terapeut înclinat să fie prea activ preia sarcina pacientului; un terapeut pasiv transmite pacientului un sentiment de neputință. Problema este mai prezentă în cadrul tehnicii psihanalitice, unde repertoriul îngust de comportamente aflat la dispoziția terapeutului și relativa inactivitate pot alimenta o dependență prelungită. Milton Mazer, un analist preocupat de această problemă, atrăgea atenția că o pasivitate excesivă manifestată de terapeut poate descuraja asumarea responsabilității de către pacient:

> *... pasivitatea analistului în fața expresiei neajutorate a pacientului confirmă lucrurile pe care a ales să le creadă, anume că nu e responsabil de propriile acțiuni și, de aceea, poate pur și simplu să dea curs impulsurilor. Deoarece nu este avertizat și nu are o imagine a consecințelor posibile, nu poate el, întru câtva cu îndreptățire, să conchidă că nu se poate ajuta, mai ales că respectiva concluzie îi permite să își satisfacă pulsiunile?*

Mazer atenționează că alternativa – o activitate excesivă fie în materie de ghidare, fie în fixarea unor limite – poate interfera și ea cu asumarea responsabilității: „Nu sugerez ca analistul să încerce să interzică acțiunea la care se gândește pacientul, deoarece aceasta ar indica faptul că acesta din urmă nu poate fi responsabil și poate fi împiedicat doar de o forță exterioară, de autoritatea analistului".

Cum poate fi menținut echilibrul? Care e postura pe care trebuie să o adopte analistul, astfel încât să faciliteze lucrurile? Mazer sugerează că terapeutul trebuie să încerce să ajute pacientul să-și dea seama cum se ia o decizie:

> *Sarcina analistului este să arate că pacientul e pe cale să decidă dacă să se angajeze sau nu într-o acțiune particulară, deoarece astfel subliniază clar responsabilitatea pacientului pentru viitorul său. În acest mod, pacientului i se oferă oca-*

zia să aleagă între necesitatea nevrotică și libertatea responsabilă. Dacă este capabil să aleagă libertatea responsabilă, atunci el va face prima breșă în structura nevrotică.[11]

Cu alte cuvinte, terapeutul se concentrează pe amplificarea măsurii în care pacientul își dă seama că se confruntă cu o alegere și nu se poate sustrage propriei libertăți, fie că îi place sau nu.

Alți terapeuți au căutat modalități mult mai active de a încuraja asumarea responsabilității. Analiștii tranzacționali, de exemplu, pun un accent deosebit pe „contractul" terapeutic. Ei dedică ședințele inițiale nu diagnozei (ceea ce ar face doar să accentueze definirea relației terapeut–pacient ca, una între un vindecător și o persoană care îl roagă să îi acorde ajutorul), ci încheierii unui contract. Contractul trebuie să emane mai degrabă de la individ decât din dorințele altora că „ar fi bine" sau „trebuie să", care au fost internalizate (în structurile „parentale" ale eului). În plus, contractul trebuie să se concentreze pe fapte: nu „să mă înțeleg mai bine", ci „vreau să slăbesc cincisprezece kilograme" sau „vreau să am cel puțin o dată pe săptămână o erecție atunci când sunt cu soția". Fixând obiective concrete, care pot fi definite de pacient și atinse, iar mai apoi continuând să îi atragă atenția asupra relațiilor dintre activitatea terapeutică și aceste scopuri, terapeuții tranzacționali speră să amplifice sentimentul de responsabilitate al pacientului în ceea ce privește schimbarea de sine.

Sugestiile active din partea terapeutului, dacă sunt folosite corect, pot fi utile pentru o mai bună conștientizare. Nu vreau să spun prin aceasta că terapeutul trebuie să preia sarcinile pacientului, să ia decizii și, pe scurt, să îi spună cum să trăiască. Totuși, e bine uneori ca terapeutul să formuleze sugestii ce constituie opțiuni comportamentale evidente, dar pe care pacientul, din cauza vizuinii restricționate, nu le-a băgat în seamă niciodată. Astfel, întrebarea: „De ce nu?" poate fi mult mai folositoare decât: „De ce?". Nu e important nici măcar ca subiectul să dea curs sugestiei; cel mai important mesaj al procedurii poate fi chiar îndreptarea atenției pacientului asupra faptului că nu a luat niciodată în calcul opțiuni evidente. Terapia poate continua prin examinarea posibilităților de alegere, a mitului lipsei de opțiuni și a sentimentelor provocate de confruntarea cu libertatea. Următoarea situație este ilustrativă.

George era un stomatolog de treizeci de ani, a cărui mare problemă era evitarea responsabilității. Fusese căsătorit o dată, dar căsnicia eșuase din cauza plasării într-o stare de dependență față de soție, dar mai ales din cauză că „s-a trezit" într-o relație cu o altă femeie. De atunci, se frământa intens în legătură cu eforturile sale de a se decide în legătură cu o nouă căsătorie. Trebuia să hotărască între mai multe femei, toate interesate de el, și făcea orice pentru a-i determina pe *ceilalți* – prietenii, terapeutul și femeile însele – să decidă pentru el.

Un episod care i-a clarificat dificultățile în materie de asumare a responsabilității a avut loc în momentul în care și-a vizitat părinții, pe care îi vedea cam o dată pe an. Tatăl său era privit ca personajul rău al familiei, iar relația lui George cu el fusese întotdeauna extrem de conflictuală și nesatisfăcătoare pentru amândoi. Mai mult de zece ani, cearta lor a fost din cauza automobilului. De câte ori George se întorcea acasă, dorea să folosească mașina familiei, iar tatăl său, mecanic auto, se opunea permanent, susținând fie că avea nevoie de mașină, fie că mașina era stricată. George își descria mama ca pe o femeie puternică, ce controla fiecare aspect al vieții familiei, cu excepția automobilelor, singurul domeniu lăsat în stăpânirea soțului.

George aștepta foarte nerăbdător să-și viziteze părinții. Prevedea însă ce se va întâmpla: va dori să folosească mașina; tatăl se va împotrivi, susținând că frânele sau cauciucurile sunt uzate, îl va insulta și îl va întreba de ce nu poate fi un *mensch* și să închirieze o mașină. „Ce fel de familie e asta?", se întreba George. „Vin să-i văd o dată pe an, iar ei nu se deranjează nici măcar să mă ia de la aeroport."

„De ce nu închiriezi o mașină?", l-am întrebat. „E o idee prea trăsnită? De ce nu te-ai gândit la asta? La urma urmei, câștigi de patru ori mai mulți bani decât tatăl tău, nu ești căsătorit și nici nu ai cheltuieli importante. Ce-ar însemna câțiva dolari pe zi pentru tine?" George a părut uluit de sugestia mea. Pe cât era de evidentă, era clar că nu se gândise niciodată la o asemenea alternativă. A meditat asupra sa și și-a sunat a doua zi familia ca să le spună când va sosi. George i-a sugerat mamei că va închiria o mașină, dar mama l-a asigurat că mașina era reparată, că tatăl său îl va lua de la aeroport, că abia așteptau să-l vadă și că nici nu se pune problema unui alt vehicul.

A venit și inevitabila scenă a întâlnirii de la aeroport. Tatăl său l-a întâmpinat cu un: „De ce nu închiriezi o mașină? Uită-te la ghișeu. Pentru

opt dolari și nouăzeci și cinci de cenți puteai să închiriezi una". Au avut o ceartă zgomotoasă și penibilă. George s-a dus ca din pușcă spre ghișeul unde se închiriau mașini, a închiriat una și, convins că numai el are dreptate, a refuzat oferta tatălui să plătească pentru ea. El și tatăl său au călătorit spre casă în automobile separate. Tatăl său s-a dus imediat la culcare și, dis-de-dimineață, a plecat la muncă. Deoarece a stat doar o zi, George nu a apucat să își mai vadă tatăl.

Am discutat incidentul în amănunt în cadrul terapiei. George îl considera un exemplu tipic de interacțiune din interiorul familiei sale și drept scuză a spus: „Pe cât mă deranjează acum, gândiți-vă ce înseamnă să crești într-o astfel de familie!" Era în opinia lui George relevant mai ales pentru cauzele dubiilor sale în legătură cu propria masculinitate: nu aveam decât să ne gândim la modelul oferit de tatăl său și la cât de greu îi era să-i vorbească.

I-am oferit o perspectivă cu totul și cu totul diferită. Cât de greu i-ar fi să-i vorbească tatălui? Să ne gândim la situația tatălui: mama îi oferise lui George serviciile tatălui fără să-l consulte pe acesta din urmă, ca și cum ar fi fost valetul familiei. Tatăl său se simțea controlat și era furios, încercând să își exercite puterea în singurul domeniu care îi rămăsese – utilizarea mașinii. Însă ce eforturi făcuse George ca să-i vorbească? Nu putea să fi vorbit și cu el la telefon, nu doar cu mama? Ce l-a oprit să-l sune pur și simplu și să-i spună: „Tată, voi închiria o mașină la aeroport din moment ce am nevoie de ea a doua zi. Nu voi sosi până la zece, dar te rog așteaptă-mă ca să putem vorbi"? George părea uluit. „E imposibil!", a exclamat el. „De ce?" „Nu pot vorbi cu tatăl meu la telefon. Pur și simplu, nu-mi cunoști familia. Asta-i tot."

Însă George a continuat să aibă un sentiment vag de nevinovăție față de tatăl său – față de bătrânul încăpățânat, cu tâmplele cărunte, care a supraviețuit unui lagăr de concentrare și care timp de treizeci de ani a mers la lucru în fiecare zi la 6:00 a.m., ca să țină patru copii în facultate, până la absolvire. „Scrie-i o scrisoare în care să-i spui ce simți", i-am sugerat eu. George a părut din nou uluit, dar și enervat de naivitatea mea: „E imposibil!" „De ce?", l-am întrebat. „Nu schimbăm scrisori. Nu i-am scris niciodată tatălui meu." „Și atunci te plângi că te-ai înstrăinat de el, că nu poți comunica. Dacă vrei într-adevăr să comunici cu el, fă-o! Scrie-i! Nimeni nu te împiedică să o faci. Stă în puterea ta să-i scrii."

Acest simplu schimb de replici l-a tulburat profund pe George și, în acea seară, tremurând și lăcrimând, a început să redacteze o scrisoare pentru tatăl său, o scrisoare care începea cu „Dragă tată", și nu cu „Dragă mamă și tată" sau „Dragii mei". Soarta face ca spiritul libertății și al responsabilității să-l fi bântuit și pe tatăl său chiar în aceeași seară; așa că, înainte să fi terminat scrisoarea, tatăl i-a telefonat să își ceară scuze – prima dată când tatăl său îi telefona. George i-a spus tatălui despre scrisoarea pe care o scria și a fost atât de mișcat că a plâns ca un copil. Relațiile între George și tatăl său nu au mai fost niciodată la fel. Analiza scuzei automate a lui George că îi era „imposibil" să îl sune sau să îi scrie tatălui său a deschis căi fructuoase în cadrul curei.

Fritz Perls, terapia gestaltistă și asumarea responsabilității. Dintre cei care au susținut că terapeutul trebuie să adopte un stil activ când vine vorba de responsabilitate, niciunul nu a fost mai viguros sau inventiv ca Fritz Perls. Abordarea lui Perls se bazează pe ideea fundamentală că evitarea responsabilității trebuie identificată și descurajată.

> *Câtă vreme combați simptomul, acesta se va agrava. Dacă îți asumi responsabilitatea pentru ce-ți faci singur, pentru cum îți produci simptomele, boala și existența – chiar din momentul în care iei contact cu sinele tău –, începi să te dezvolți, începe integrarea.*[12]

Perls era extrem de atent la folosirea (sau evitarea) de către pacient a pronumelui la persoana întâi și la trecerea de la diateza activă la cea pasivă:

> *Auzim întâi pacientul depersonalizându-se printr-un „se" și devenind subiectul pasiv ce suportă vicisitudinile unei lumi capricioase. „Am făcut" devine „S-a întâmplat". Constat că trebuie să întrerup oamenii repetat, cerându-le să reintre în posesia propriei persoane. Nu putem lucra cu ce se întâmplă în altă parte sau altcuiva. De aceea, le cer să își găsească drumul de la „e o zi aglomerată" la „m-am aglomerat", de la „conversația se lungește" la „vorbesc mult" și așa mai departe.*[13]



În momentul în care Perls identifica modurile în care este evitată responsabilitatea, el cerea pacientului să convertească sentimentul neputinței în recunoașterea faptului că nu a vrut să acționeze. Pacientul este so-

mat să își asume responsabilitatea pentru fiecare gest, sentiment sau gând. Uneori, Perls folosea un exercițiu structurat de tipul „îmi asum responsabilitatea":

La fiecare declarație ceream pacientului să folosească expresia „... și îmi asum responsabilitatea pentru asta". De exemplu: „Îmi dau seama că mișc din picior... și îmi asum responsabilitatea pentru asta". „Vocea mi-e slabă... și îmi asum responsabilitatea pentru asta". „Nu știu ce să spun acum... și îmi asum responsabilitatea pentru că nu știu".[14]

Perls a cerut pacienților să își asume responsabilitatea pentru toate forțele conflictuale interne. Dacă pacientul era surprins în ghearele unei dileme chinuitoare și dacă în timpul discuției simțea un fior pe șira spinării, Perls cerea pacientului să poarte o conversație cu fiorul. „Așază fiorul în celălalt scaun și vorbește-i! Tu stabilești rolul tău și pe cel al fiorului. Oferă-i o voce! Ce-ți spune?" Astfel, el cerea pacientului să își asume responsabilitatea pentru ambele părți ale conflictului, pentru a-l face conștient că lucrurile nu i „se întâmplă" din senin și că este autorul lor – al fiecărui gest, al fiecărei mișcări, al fiecărui gând.

T: Îți dai seama de felul în care ți se mișcă ochii?
P: Îmi dau acum seama că ochii mei privesc în depărtări...
T: Poți să-ți asumi responsabilitatea pentru asta?
P: ... că nu mă uit la tine.
T: Poți fi ochii tăi acum? Scrie un dialog pentru ei.
P: Noi sunt ochii lui Mary. Ne vine cam greu să stăm nemișcați. De aceea, ne tot fâțâim de colo colo[15].

Fiecare simptom e alegerea noastră, credea Perls; sentimentele „neîncheiate" sau neexprimate ies la suprafață sub forma unor manifestări autodistructive sau nesatisfăcătoare. (Aceasta este sursa denumirii „Gestalt"-terapiei; Perls încerca să își ajute pacienții să-și închidă Gestalt-ul – afacerile nefinalizate, conștientizarea incompletă, responsabilitatea evitată.)

O descriere a unei ședințe de terapie ilustrează abordarea lui Pearls în privința responsabilității:

Acum două săptămâni am avut o experiență minunată – nu că ar fi însemnat o vindecare, dar era cel puțin o breșă. Bărbatul acesta era bâlbâit, iar eu i-am cerut să-și accentueze bâlbâiala. În vreme ce se bâlbâia, l-am întrebat ce simte în gât, iar el mi-a răspuns: „Simt că mă înăbuș". Prin urmare, i-am oferit brațul meu și i-am spus: „Acum înăbușă-mă". „La naiba, aș putea să te omor", a spus. A început să-și vadă furia și a vorbit tare, fără dificultăți. Ca atare, i-am arătat că avea de făcut o alegere existențială: să fie furios sau bâlbâit. Și știi cum bâlbâiala te poate tortura, cum te poate ține pe jăratic. Orice furie care nu se exprimă, care nu se revarsă liber se va transforma în sadism, în dorința de putere și în alte mijloace de tortură.[16]

Această abordare a simptomelor, care cere pacientului să își producă sau să-și accentueze simptomul, este adesea un mod eficient de facilitare a sesizării responsabilității: producând deliberat simptomul, în acest caz bâlbâiala, individul realizează că simptomul este al său, că este propria creație. Deși nu au gândit problema în termenii asumării responsabilității, un număr de alți terapeuți au ajuns simultan la aceeași tehnică. Viktor Frankl de exemplu a descris o tehnică a „intenției paradoxale"[17], în care pacientului i se cere intenționat să își accentueze simptomul, fie el un atac de panică, o dependență de jocurile de noroc, teama de un atac de cord sau un comportament alimentar compulsiv. Don Jackson, Jay Haley, Milton Erickson și Paul Watzlawick au scris despre aceeași abordare, pe care au numit-o „prescriere a simptomului".[18]

Perls a dezvoltat o metodă unică de analiză a viselor, o metodă ingenioasă construită în scopul de a facilita asumarea individuală a responsabilității pentru toate procesele mentale proprii. În mai toată istoria lor, oamenii au considerat visul ca un fenomen aflat dincolo de responsabilitatea individuală. Această perspectivă este reflectată de vorbirea comună: dacă o persoană dorește să nege un gest sau un gând, el poate să zică: „Nici nu aș putea să visez la asta". Înainte de apariția psihologiei dinamice freudiene, visele erau de regulă considerate ca inspirații divine sau evenimente accidentale. Spre exemplu, o teorie sugera că, în cortex, celulele dorm, iar pe măsură ce corpul se curăță de toxine, grupurile de celule „se trezesc" pe rând la întâmplare. Potrivit teoriei, visul este rezultatul activităților celulelor treze: absurdul multor vise este deci cauzat de modul fortuit în care celulele sunt excitate. În acest caz, un vis in-

teligibil s-ar forma involuntar, la fel cum un grup de maimuțe, apăsând tastele unei mașini de scris, ar reuși, întâmplător, să compună un paragraf inteligibil.

Freud a argumentat convingător că visele nu sunt produse ale întâmplării și nici ale inspirației supranaturale, ci ale interacțiunii componentelor aflate în conflict în interiorul personalității omenești: pulsiunile sinelui, reziduurile subconștiente ale zilei, cenzura onirică (un operator inconștient al mașinăriei eului), eul conștient („elaborarea secundară"). Deși Freud a descoperit că individul, sau cel puțin interacțiunea între toate aceste părți ale sale, este autorul unic al visului, compartimentarea sa psihologică a condus, insista Perls (destul de corect, cred), la pierderea responsabilității personale în spațiul dintre elementele componente.

Perls a calificat visul drept „mesager existențial"[19] și a țintit către maximizarea înțelegerii de către individ a măsurii în care este autorul a ce visează. Înainte de toate, Perls încerca să aducă visul la viață schimbându-i timpul verbal: cerea pacientului să repete visul la timpul prezent și, mai apoi, să-l retrăiască, punându-l în scenă, într-o piesă unde pacientul este deopotrivă regizor, recuzită și trupă de actori. Pacientului i se cerea să joace rolul tuturor obiectelor din drama onirică. Spre exemplu, l-am observat pe Perls lucrând cu un pacient care visase că își conducea mașina, când motorul a început să se înece pentru ca, într-un final, să moară. Ca urmare a instrucțiunilor lui Perls, pacientul juca roluri multiple: șofer, mașină, rezervor gol, bujie defectă și așa mai departe. Perls spera ca, prin această strategie, să-l facă să adune într-un întreg părțile împrăștiate ale propriei personalități (altfel spus, să închidă Gestalt-ul individual).

Asumarea responsabilității însemna pentru Perls că individul trebuie să își asume responsabilitatea pentru toate sentimentele, inclusiv cele neplăcute, care sunt frecvent proiectate asupra altora.

> *Nu vrem să ne asumăm responsabilitatea pentru faptul că suntem critici, așa că ne proiectăm criticismul asupra altora. Nu vrem să ne asumăm responsabilitatea pentru că discriminăm, așa că proiectăm discriminarea în afară și trăim cu frica de a fi respinși. Iar una dintre cele mai importante responsabilități constă în asumarea responsabilității pentru proiecțiile noastre și pentru a deveni ceea ce proiectăm.*[20]

 Recuperând toate părţile înstrăinate ale propriei persoane, experienţa individuală devine mai bogată: fiecare se simte în largul lui, în lumea sa şi cu sine însuşi.

Desigur, asumarea responsabilității pentru propria viață înseamnă o experiență bogată și abilități sporite. Ceea ce sper să pot face... e să vă fac să înțelegeți cât de mult aveți de câștigat prin asumarea responsabilității pentru fiecare emoție, pentru fiecare mișcare, pentru fiecare gând, renunțând astfel să mai puneți responsabilitatea personală în cârca altuia.[21]

Renunţarea la „a pune responsabilitatea în cârca altcuiva" este vitală pentru psihoterapeut. Perls este extrem de conştient de eforturile pacientului de a-i manipula pe alţii, mai ales pe terapeut, ca să aibă grijă de el.

Terapeutul are trei sarcini imediate: să identifice modul în care pacientul încearcă să capteze sprijinul celor din preajmă, în loc să se ajute singur, să evite să se implice în sarcina de a avea grijă de pacient și să știe ce are de făcut cu comportamentul manipulator al pacientului.[22]

„A evita să te implici" nu e uşor, iar terapeutul trebuie să înveţe să recunoască şi să respingă diversele metode persuasive ale pacientului:

„Nu pot face față acestei situații, dar *tu poți. «Am «nevoie» de tine să mă îndrumi, ca să pot merge mai departe în viață". Această viață nu e adesea cine știe ce, ci, mai degrabă, o existență care include o succesiune de propuneri făcute de pacient unor oameni cărora le place să îi conducă pe alții. Terapeutul e doar o ultimă încercare. „Responsabilitatea nu trebuie totuși pasată mai departe."*[23]

Pentru a se opune manipulării, Perls a adoptat o poziţie extremă în ceea ce priveşte stoparea pasării responsabilităţii. El îşi începea seminarele astfel:

Ține doar de tine dacă vrei să înnebunești, să te sinucizi, să îți ameliorezi situația, să devii mai activ sau să ai o experiență care să îți schimbe viața. Eu îmi fac treaba mea, iar tu pe a ta. Pe cine nu vrea să își asume responsabilita-

tea, îl rog să nu frecventeze acest seminar. Ați venit aici din proprie inițiativă. Nu știu cât de maturi sunteți, dar esența unei persoane mature stă în capacitatea de a-și asuma responsabilități – pentru gândurile sale, sentimentele sale și așa mai departe...[24]

Poziția lui Perls e una extrem de severă și, mai ales în cazul pacienților cu tulburări grave, are nevoie de amendamente. Mulți pacienți necesită luni de travaliu pentru a-i face să-și asume responsabilitatea și, adesea, e nerealist să faci din asumarea completă a responsabilității o precondiție a terapiei. Există totuși circumstanțe ocazionale când terapeutul trebuie să ceară o anumită doză de responsabilitate chiar de la începutul curei. Mulți terapeuți insistă ca pacienții grav afectați de tendințe sinucigașe să încheie un pact de „nesinucidere", prin care își dau cuvântul că nu vor încerca să-și pună capăt vieții o perioadă determinată de timp. Utilizată cum trebuie, o astfel de abordare poate diminua semnificativ riscul de sinucidere.[25]

Deși cuvintele lui Perls nu lasă niciun dubiu că era extrem de sensibil la chestiunea responsabilității și își dădea seama că terapeutul nu trebuie să preia responsabilitățile pacientului, el nu a fost totuși capabil să rezolve (deci nici să recunoască în întregime) paradoxul generat de abordarea sa terapeutică. „Asumă-ți responsabilitatea!", i se spunea pacientului. Însă în ce consta restul experiențelor pacientului? Într-o întâlnire cu un bătrân extrem de charismatic, puternic și înțelept, care transmite nonverbal: „Îți spun eu exact ce, când și de ce va trebui să faci ce vei face". Stilul personal activ al lui Perls, aura sa de putere și omnisciență îi contraziceau cuvintele. A primi simultan două mesaje contradictorii, unul explicit și altul implicit, înseamnă a fi plasat într-o dilemă clasică. Aș dori însă să descriu o altă abordare a terapiei, care încearcă să evite această capcană.

Hellmuth Kaiser și asumarea responsabilității. Printre terapeuții care au încercat să rezolve problema modului în care poate fi crescut gradul de asumare a responsabilității fără a răpi controlul pacientului, Hellmuth Kaiser se distinge prin profunzimea și consistența contribuțiilor. Deși Kaiser și Perls și-au construit concepțiile terapeutice în jurul responsabilității, stilul și structura abordărilor diferă diametral. Kaiser, care a murit în 1961, era un terapeut extrem de inventiv care, deoarece a scris puțin, nu s-a bucurat niciodată de o recunoaștere largă. Un volum conținând operele sale a fost tipărit

 în 1965 sub titlul *Effective Psychotherapy* [*Psihoterapia eficace*].[26] Kaiser era de părere că pacienții sunt victimele unui conflict universal, „o stare mentală comună tuturor nevroticilor"[27], care provine din faptul că „maturitatea vârstei adulte implică o singurătate completă, fundamentală și eternă".[28]

Kaiser relatează povestea unui amic din vremea când învățau împreună la facultatea de medicină, Walter, care, pe la mijlocul studiilor, a acceptat un rol într-o producție dramatică de amatori și a devenit pasionat de teatru. Avea clar talent și și-a abandonat deliberat studiile medicale pentru a se dedica unei cariere actoricești. Însă *cât* de talentat era? Walter a fost torturat de această dilemă și a cerut opinia unui expert după altul. Kaiser a observat chinurile prietenului său și, brusc, și-a dat seama că Walter încearcă imposibilul. Nu voia doar o opinie. Voia cu mult mai mult: voia ca altcineva să își asume responsabilitatea deciziei sale:

> *În răstimpul care a urmat, G. [mai precis Kaiser] a putut să observe cum, încetul cu încetul, Walter descoperea că nicio judecată, niciun sfat din partea niciunei alte persoane nu putea să contribuie cumva la decizia pe care trebuia să o ia. Din compasiune pentru lupta lui Walter, era întotdeauna gata să discute cu prietenul său nenumăratele argumente pro și contra ce îi puteau influența decizia. Și totuși, după ce treceau în revistă toate consecințele posibile, după ce estimau, după ce cântăreau dovezile, după care filtrau informația și lipsea doar concluzia finală, se instala o tăcere adâncă și dureroasă. G. și-a dat seama de întrebarea nerostită a lui Walter: „Ce crezi, în concluzie?"*[29]

Walter se confrunta, bătând însă în retragere, cu un paradox profund omenesc: jinduim după autonomie, dar ne ferim de consecința sa inevitabilă – singurătatea. Kaiser a numit acest paradox „călcâiul lui Ahile al firii omenești" și a afirmat că suferim enorm de pe urma sa, în cazul în care nu recurgem la o „scamatorie" de natură să-l ascundă, la un mecanism care să nege singurătatea. Această „scamatorie" a fost numită de Kaiser „simptom universal" – o apărare care neagă singurătatea diluând granițele eului și permițând fuziunea cu celălalt. Am discutat anterior despre fuziune, în calitatea sa de apărare împotriva angoasei de moarte, când am descris dorința individului de a avea un salvator suprem. Kaiser ne amintește că singurătatea și (deși nu îl menționează explicit) arbi-

trarul care stau la baza izolării reprezintă stimulente puternice ale eforturilor de fuziune cu celălalt.

Ce evenimente ne aruncă în confruntarea cu singurătatea? Potrivit lui Kaiser, evenimentele care ne arată că suntem în întregime responsabili de propria viață – mai ales confruntarea cu o decizie care nu e aprobată de niște autorități. În aceste momente, căutăm, la fel ca prietenul lui Kaiser, o altă persoană care să preia responsabilitatea pentru noi.

Kaiser a fost extrem de sensibil la eforturile pacientului de a evita solitudinea responsabilității prin transferul puterii decizionale către terapeut. Cum se poate împotrivi terapeutul acestor eforturi? Kaiser a meditat asupra problemei și a propus câteva abordări, dar într-un final a decis că problema era într-atât de importantă că trebuie rezolvată printr-o modificare a structurii terapiei. Pentru a descuraja transferul de responsabilitate, terapia trebuie să fie *cu totul* nestructurată, terapeutul *cu totul* nedirectiv, iar pacientul *cu totul* responsabil, nu doar pentru *conținutul,* ci și pentru *procedura* terapiei. Kaiser a declarat că „nu trebuie să existe reguli pentru terapeut". Descrierea pe care o face unei interacțiuni pacient–terapeut este ilustrativă:

P: Pot să întreb în ce va consta terapia? Vreau să zic procedura.

T: Procedura...? Nu sunt sigur că vă înțeleg în întregime, dar, dacă vă înțeleg, răspunsul meu e că nu există nicio procedură!

P: (zâmbind politicos) Da, desigur. Vreau să întreb doar: ce vreți să fac?

T: E exact ceea ce credeam că înțelegeți prin „procedură".

P: Nu înțeleg (tăcere de 20 de secunde). Adică... trebuie să existe ceva ce trebuie să fac, nu?

T: Păreți a avea certitudinea că trebuie să faceți ceva aici.

P: Păi, nu-i așa?

T: După mine, nu.

P: Bine... eu... eu... eu nu mai înțeleg.

T: (zâmbind) Cred că înțelegeți ce spun, dar nu vă vine să credeți.

P: Aveți dreptate. Nu mi-a venit să iau răspunsul dumneavoastră ad literam...

T: (după o pauză de 10 secunde) Chiar am spus-o literal.

P: (după o tăcere jenantă de 60 de secunde și cu ceva efort) E în regulă să spun câte ceva în legătură cu atacurile mele de panică?

T: Vi se pare imposibil să credeți că am vrut să spun ce am spus.

P: Îmi pare rău... nu voiam să..., dar, într-adevăr, nu sunt sigur deloc ce realmente... scuze, ce ați spus?
T: Am spus că vi se pare imposibil să credeți că voiam să spun ce am spus.
P: (clătinându-și capul ușor, ca și cum ar fi fost iritat) Nu. Vreau să spun că e în regulă din punctul meu de vedere... (privește în sus, iar când mai apoi ochii săi îi întâlnesc pe cei ai psihanalistului, începe să râdă)[30].

Kaiser credea că „orice sporește sentimentul de responsabilitate al pacientului pentru propriile cuvinte are virtuți curative"; și după cum exemplul o arată, refuza să accepte responsabilitatea de a instrui pacientul ce să facă în cadrul terapiei.

O astfel de tehnică extremă are limitări evidente. Cred că Perls a greșit aici, furnizând pacientului prea multă constrângere și energie, iar Kaiser a greșit în direcția opusă. Niciun terapeut nu poate ajuta un pacient care, din cauza nedumeririi, lipsei de structură sau lipsei de încredere renunță prematur la terapie. Deși speranța ultimă a terapeutului e să ajute pacientul să-și asume responsabilitatea, nu decurge că el trebuie să îi ceară acest lucru la fiecare pas, nici măcar la începutul terapiei. Situația terapeutică cere de obicei flexibilitate; adesea, pentru a ține pacienții în cură, terapeuții trebuie să fie activi și să ofere sprijin în ședințele inițiale. Mai târziu, când alianța terapeutică este bine sudată, terapeutul poate atrage atenția asupra acelor condiții care favorizează acceptarea responsabilității.

În altă parte, Kaiser subliniază importanța relațiilor terapeutice și a francheței în comunicare[31] și nu este nicio îndoială că, în situațiile terapeutice concrete, el a operat ajustările necesare. A scris o piesă de teatru stranie, *Emergency [Urgența]*[32] în care se pune în scenă flexibilitatea terapeutică *par excellence*. Protagonistul din *Urgența*, un psihiatru, dr. Terwin, este consultat de doamna Porfiri, soție de psihiatru, care susține că soțul ei are tulburări grave, dar refuză orice ajutor. Dr. Terwin pretinde că e un pacient și îl consultă pe dr. Porfiri. Treptat, aproape imperceptibil, din poziția de „pacient", începe să îl trateze pe terapeut. Evident, doctorul Porfiri nu a fost capabil să își asume responsabilitatea, nici măcar să solicite ajutor terapeutic; iar terapeutul nici nu i-a cerut asta, ci a făcut ceea ce orice terapeut bun trebuie să facă: a modificat cura, astfel încât să se potrivească pacientului.

Conștientizarea responsabilității în stil american sau cum să îți iei viața în mâini, să te mobilizezi, să îți urmărești interesul și să reușești

Asumarea responsabilității nu mai e o chestiune nouă în America. Ceea ce, cândva, era discursul, adesea obscur, al câte unui filosof profesionist, iar mai târziu un *bon mot* al avangardei intelectuale, a devenit azi un bun de consum în Lumea Nouă. Multe bestselleruri naționale au ca temă centrală asumarea responsabilității. De exemplu, *Your Erroneous Zones* [*Zonele tale eronate*] include următoarele titluri de capitole: „Asumarea grijii de sine", „Alegerea – libertatea supremă", „Nu ai nevoie de aprobarea lor", „Ruperea de trecut", „Trecerea peste barierele convenției", „Declară-ți independența!"[33] Mesajul central al cărții este clar formulat: „Începe să îți examinezi viața în lumina alegerilor pe care le-ai făcut sau ai eșuat să le faci. Așa îți vei asuma responsabilitatea pentru ce ești și pentru ce simți pe umerii tăi".[34] Cărți asemănătoare, cum ar fi *Pulling Your Own Strings* [*Învață să te controlezi!*] [35] sau *Self-Creation* [*Autocreația*][36] au intrat și ele în topurile vânzărilor.

Consumismul de masă cere ca produsul să fie atractiv, bine ambalat și, cel mai important, ușor și rapid de consumat. Din nefericire, aceste cerințe sunt în general incompatibile cu efortul și profunzimea necesară pentru cel ce vrea să își examineze și să își schimbe cu adevărat viața și viziunea asupra lumii. Aceste cărți ne aduc la cel mai mic numitor comun: suntem supuși exortațiilor, iar bestsellerurile, cum ar fi *Zonele tale eronate,* ne spun cum să punem capăt șovăielilor:

> *Stai jos și începe ceva ce ai tot amânat. Începe o scrisoare sau o carte. Faptul însuși de a începe te va ajuta să alungi angoasa în legătură cu întregul proiect... Găsește-ți un răstimp precis (să spunem miercuri, între 10:00 și 10:15 p.m.) în care să te dedici exclusiv sarcinii amânate... Lasă-te de fumat! Acum! Începe o cură de slăbire... în acest moment! Lasă-te de băut... în secunda asta! Lasă cartea asta și fă o flotare, ca exercițiu de început! Așa trebuie să abordezi problemele... acționând imediat. Fă-o! Decide să nu fii obosit până te bagi în pat. Nu îți îngădui să folosești oboseala sau boala ca mijloc de a scăpa sau de a amâna ceva.*[37]

Sau „scapă de dependență”:

> *Impune-ți câteva sarcini de îndeplinit în cinci minute, legate de modul în care tratezi problema persoanelor dominante din viața ta. Încearcă un „Nu, nu vreau să...” singular și testează cum reacționează celălalt la reacția ta... Nu mai accepta ordine!*[38]

„Responsabilitatea” a intrat în atenția publică, iar seminarele de specialitate pe această temă au proliferat în întreaga țară. De exemplu, un atelier amplu intitulat „Asumarea responsabilității pentru propria viață” (și subintitulat „Psihologia asistenței medicale și rolul responsabilității individuale”) a fost ținut în câteva locuri în 1977 și 1978. Programul îi includea: pe Rollo May, care ținea prelegerea inaugurală, pe tema strădaniei existențiale în direcția libertății personale și spirituale; pe Albert Ellis, care a vorbit despre abordarea sa rațional-emotivă a responsabilității individuale în domeniul dezvoltării și al schimbării din sfera sexualității și a vieții intime; și pe Arnold Lazarus, care a vorbit despre terapia multimodală – o abordare a autoînsănătoșirii descrisă în cartea sa *I Can If I Want To* [*Pot, dacă vreau*].[39] Celelalte subiecte din cadrul atelierului au inclus abordarea comportamentală în gestionarea stresului la pacienții ambițioși („Tipul-A” de personalitate), astfel încât să se obțină o schimbare a tiparelor comportamentale, a stresului și a feedbackului biologic, să fie depășită timiditatea, eventual prin abordări orientale (prin meditație) ale autocontrolului, și să fie schimbate habitudinile „de neschimbat”. De un interes aparte este chiar ampla diversitate de abordări clinice adunate în cadrul aceluiași program. În trecut, nimeni nu ar fi întrevăzut o temă comună tuturor acestor variate abordări: acum ele sunt grupate sub rubrica „responsabilității”.

Tehnica „EST”

Transformarea asumării responsabilității într-un bun de larg consum nu e nicăieri mai evidentă ca în „EST”* – ajuns cel mai cunoscut dintre seminarele dedicate dezvoltării personale din anii ′70. Datorită succesului

* Prescurtare de la „Erhard Seminars Training”. (*N. t.*)

și preocupării pentru conceptul de responsabilitate, EST cere o examinare mai atentă.

Elegant ambalată, produsă pentru consumul în masă, extrem de profitabilă, derulată în grupuri mari, abordarea a fost fondată de Werner Erhard, totul trecând în câțiva ani de la activitatea unei singure persoane la o organizație uriașă. În 1978, avea deja 170 000 de absolvenți. În acel an, încasase peste nouă milioane de dolari și avea un personal plătit care se cifra la 300 de oameni, alături de 7 000 de voluntari neplătiți. În structurile sale consultative, includea proeminenți directori de companii, avocați, președinți de universități, fostul cancelar al University of California Medical School, psihiatri eminenți, oficiali guvernamentali și figuri populare din lumea show business-ului.

Formatul EST consta într-un grup mare (de aproximativ 250 de persoane), care, timp de două weekenduri, audiau un formator, care le dădea instrucțiuni, interacționa cu ei, îi insulta, îi șoca și îi ghida pe parcursul a mai multor exerciții structurate. Deși pachetul EST e un potpuriu de tehnici împrumutate din tehnici de dezvoltare personală precum scientologia, dinamica minții, grupurile de întâlnire, terapia gestaltistă și meditația zen,[40] el insistă cu precădere pe asumarea responsabilității. Participanții și declarațiile liderului de grup o spun cât se poate de limpede:

> *Liderul a explicat: „Fiecare dintre noi e diferit, deoarece fiecare alege diferit. Incapacitatea de a alege e cea care ne blochează în viață. Când faci o alegere, faci un pas înainte în viață. Alegerea se rezumă de multe ori la un simplu „da" sau „nu". „Nu știu" e și el o alegere – alegerea de a fugi de responsabilitate."*[41]

Unul dintre participanți relatează amintirile de la atelier în acest mod:

> *„Când ești responsabil, a tunat Stuart [trainerul], constați că nu doar stăteai acolo întins pe șine când a trecut trenul. Ești nemernicul care s-a așezat în acel loc."*
>
> *Tema responsabilității impregnează orice aspect al trainingului. Dacă e de fapt să rezum în câteva cuvinte ce am înțeles din cele prezente ar fi că fiecare dintre noi este cauza propriilor experiențe și e responsabil pentru ele.*[42]

Tema asumării responsabilității face parte explicit din catehismul EST. În trainingul ce urmează, un instructor EST argumentează, și o face cu eficacitate, că individul e responsabil că a fost jefuit:

— Sunteți fiecare în parte unica sursă a propriilor experiențe și, de aceea, TOTALMENTE RESPONSABILI PENTRU TOT CE VI SE ÎNTÂMPLĂ. Când veți înțelege *asta, va trebui să renunțați la nouăzeci și cinci la sută din porcăriile care vă guvernează viața. Da, Hank?*

— Uite, a răspuns Hank energic, părând chiar iritat, înțeleg că-s responsabil pentru tot ce fac. Asta o pot pricepe. Însă, când sunt jefuit, nu pot să accept în niciun fel responsabilitatea pentru că am fost victima jafului.

— Cine-i sursa experienței tale, Hank?

— În cazul acesta ar fi tâlharul.

— Tâlharul a devenit stăpânul minții tale?

— Al portofelului și al minții!

(Râsete)

— Recunoști că ești responsabil că te-ai sculat din pat în acea dimineață?

— Desigur.

— Că erai pe stradă?

— Da.

— Că ai văzut un om cu un pistol în mână?

— Că l-am văzut?

— Da, că l-ai văzut.

— Să îmi asum responsabilitatea că l-am văzut?

— Da.

— Ei, a spus Hank, l-aș fi văzut oricum.

— Dacă în acel moment nu ai fi avut ochi, urechi, nas sau senzații ale pielii, nu ai fi avut experiența tâlharului, nu?

— Da, înțeleg.

— Recunoști că ești responsabil că te aflai pe stradă la acea oră, cu bani ce puteau fi furați la tine?

— Da, înțeleg ce vrei să spui.

— Că ai ales să nu-ți riști viața opunând rezistență insului și ai ales să-i dai portofelul?

— Când cineva îți cere cu un pistol în mână banii, nu ai de ales.

— Ai ales să fii în acel loc, la acea oră?

— Da, dar nu am ales ca să apară acel tip.

— L-ai văzut, nu?

— Sigur.

— Îți asumi responsabilitatea că l-ai văzut?

— Că l-am văzut, da.

— Atunci pricepe: ORICE AI EXPERIMENTA, NU EXISTĂ DECÂT DACĂ TU ÎL EXPERIMENTEZI. ORICE EXPERIENȚĂ A UNEI CREATURI VII ESTE CREATĂ DOAR DE ACEA CREATURĂ VIE, SINGURA SURSĂ A EXPERIENȚEI RESPECTIVE. TREZEȘTE-TE, HANK![43]

Cei mai mulți absolvenți EST, atunci când își discută beneficiile, subliniază înainte de toate asumarea responsabilității. Unul dintre ei spunea că oamenii

> *au realizat că își creează durerile de spate, migrenele, astmul, ulcerele și alte suferințe... Boala nu e ceva care ți se întâmplă pur și simplu. A fost interesant să vezi om după om ridicându-se în picioare, admițând că sunt singurii responsabili pentru maladiile lor fizice. Din momentul în care au înțeles sincer experiențele vieții lor, suferințele au dispărut.*[44]

În interacțiunea de mai jos, un trainer EST merge chiar mai departe și susține că interlocutorul este responsabil de cancerul soției:

— Cum naiba să fiu responsabil de cancerul soției?

— Ești responsabil că ai creat experiența comportamentului manifest al soției la care ai ales, în acord cu alții, să te referi ca la o boală numită cancer.

— Dar nu am cauzat cancerul!

— Uite Fred, înțeleg că lucrurile pe care le spun sunt greu de inserat în sistemul tău de credințe. Te-ai străduit din greu, timp de patruzeci de ani, să îți creezi sistemul de credințe și, deși acum pot înțelege că ești pe cât de deschis la minte poți, timp de patruzeci de ani ai crezut că lucrurile se întâmplă în afara ta, iar *tu, spectatorul inocent, ești mereu STRIVIT – de mașini, autobuze, prăbușiri ale bursei, prieteni nevrotici și cancer. Pricep. Fiecare din cei prezenți în această încăpere a trăit cu același sistem de credințe. EU, INOCENT; REALITATEA DE AFARĂ, VINOVATĂ. ÎNSĂ ACEST SISTEM DE OPINII NU E VIABIL! E UNUL DINTRE MOTIVELE PENTRU CARE VIAȚA TA NU E VIABILĂ. Realitatea care contează e experiența ta, iar tu ești unicul autor al experienței tale.*[45]

„Ești unicul autor al experienței tale." Astfel de spuse sunt izbitor de asemănătoare multora din spusele lui Sartre cu privire la libertate și responsabilitate. Nucleul lui EST — lucrul pe care participanții la training trebuie să-l priceapă – este asumarea responsabilității. Se pare deci că EST utilizează câteva concepte importante, dar obscure, pe care le reformulează într-un limbaj de natură să impresioneze – o versiune accesibilă, pop, californiană a lui Sartre. Dacă o astfel de aplicație ingenioasă a gândirii filosofice funcționează, atunci terapeuții profesioniști ar avea mult de învățat din metodologia EST.

Însă chiar funcționează? Din nefericire, nu avem un răspuns definitiv. Nu există nicio cercetare care să verifice rezultatele EST; și deși mărturiile „absolvenților" sunt numeroase, nu se poate pune bază pe ele ca măsură a eficacității. Un cor asemănător de mărturii entuziaste a însoțit toate noile tehnici de dezvoltare personală, de la grupurile-T, grupurile de întâlnire, întâlnirile nud, maratoane, la conștientizarea corporală de la Esalen, psihodramă, rolfing, analiză tranzacțională, Gestalt, Lifespring și cure de dezintoxicare Synanon. Și totuși, istoriile multora din aceste abordări (cel mai probabil identice celei a EST) includ o scurtă perioadă de vitalitate, urmată, mai apoi, de căderea progresivă în obscuritate și înlocuirea cu o nouă tehnică. În realitate, mulți dintre participanții la fiecare dintre aceste tehnici au în spate o întreagă istorie de participare și la alte traininguri similare.

Studiile ulterioare de monitorizare au înregistrat un procentaj extrem de mare al absolvenților EST care își califică experiența drept extrem de pozitivă și constructivă. Și totuși, trebuie să fim prudenți cu cercetările care sunt planificate fără mijloacele de verificare necesare; extrem de multe investigații empririce sugerează că nu există o evaluare a rezultatelor mai susceptibilă de eroare decât simplă monitorizare ulterioară, care, în esență, e o compilație de mărturii. Pentru a examina un singur aspect al planificării cercetării, să ne gândim la problema autoselecției. Cine alege EST? Este posibil ca persoanele care se decid să participe, să plătească o sumă mare de bani și să accepte un weekend extenuant să se schimbe (sau să declare că s-au schimbat), *indiferent* de conținutul programului?

Răspunsul este, cu siguranță, pozitiv. Cercetări referitoare la efectul placebo, la setul de așteptări ale subiectului și la atitudinile psihologice ale voluntarilor sugerează în mod insistent că individul este puternic influențat

de factori care există *anterior* seminarului. Această tendință face desigur cercetarea extrem de dificilă: planificarea obișnuită, constând în recrutarea voluntarilor pentru o procedură de dezvoltare personală (de pildă, pentru un grup de întâlnire) și compararea rezultatelor cu cele ale unor grupuri de control identice ca număr, formate din indivizi care nu s-au oferit voluntar, este profund viciată. În realitate, un grup sau atelier de dezvoltare format din indivizi dedicați care sunt implicați în experiență, dornici de dezvoltare personală, care au așteptări mari (create în parte de „reclama" de dinainte) va fi *întotdeauna* considerat ca un succes de către majoritatea participanților. A nega vreun beneficiu înseamnă a crea o disonanță cognitivă importantă. „Euforia" post-grup, mărturiile radioase sunt omniprezente. Doar un lider extrem de inept ar putea da greș în astfel de circumstanțe.

Dacă nu există nicio dovadă cu privire la rezultate, pe ce ne putem totuși baza? Cred că, dacă examinăm datele interne referitoare la EST, vom descoperi o inconsistență gravă și alarmantă. Deși își declară ca scop asumarea responsabilității, EST e în același timp *extrem de structurat.* În timpul unui weekend EST există numeroase reguli de bază, strict aplicate: sunt interzise medicamentele, alcoolul, tranchilizantele sau ceasurile. Nimănui nu îi este îngăduit să meargă la toaletă decât în timpul pauzelor din patru în patru ore. Ecusoane pe care este înscris numele sunt purtate permanent. Scaunele nu trebuie mutate. Se insistă pe punctualitate; cei care au întârziat sunt pedepsiți, nepermițându-li-se intrarea sau fiind umiliți public.[46] Membrii nu sunt lăsați să mănânce decât în timpul rarelor pauze de masă și li se cere să predea gustările ascunse prin buzunare.

Mulți absolvenți EST se oferă voluntar ca asistenți neplătiți și, judecând descrierea pe care o fac propriilor experiențe, sunt extrem de încântați de faptul că renunță la autonomie, lăfăindu-se în lumina puternică a autorității. Să ne gândim la următoarele comentarii ale unui voluntar EST, un psiholog clinician:

> *Sarcina mea următoare a fost să aranjez ecusoanele cu nume. Trebuiau să fie zece pe fiecare șir vertical, să nu se atingă și să fie așezate în coloane perfect paralele. Trebuia să respect atenția meticuloasă a EST pentru detalii. Instrucțiunile pentru fiecare corvoadă erau exacte, compuse cu precizia pe care o aștepți de la un manual de instrucțiuni foarte bun. Trebuia să îndeplinesc sarcina cu o precizie similară.*

De la ecusoanele cu nume, am trecut la fețele de masă... Fiecare față de masă trebuia întinsă drept la colț și trebuia să se apropie de podea, fără însă să o atingă... Mi-am întors în sus privirea către supraveghetorul în seama căruia fusesem încredințat ca asistent. „Atinge podeaua"...

Am reașezat fața de masă cu toată atenția. Colțurile mele drepte erau perfecte, iar fața de masă atârna la distanța care trebuia. Îmi făcusem treaba, ceea ce, în termenii EST, însemna că mi-o terminasem fără ca nimic să fi rămas în afara experienței.[47]

„Coloane perfect paralele", „atenție meticuloasă pentru detalii", „precizia pe care o aștepți de la un manual cu instrucțiuni", fețele de masă „la distanța care trebuie" – în această apetență pentru conformare și organizare unde putem găsi libertatea și responsabilitatea? Am fost și mai tulburat în momentul în care la un atelier am sesizat un grup de asistenți EST, îmbrăcați cu toții ca Werner Erhard (în sacou albastru, cămașă albă deschisă la gât, pantaloni gri) și tunși toți ca Werner Erhard. Și, asemenea lui Werner Erhard, aceștia își începeau propozițiile cu un „și", vorbind despre EST pe un ton șoptit, aproape religios. Să examinăm alte rapoarte ale voluntarilor (pe care le-am ales fără prea mult efort de selecție din cărțile EST aprobate de Werner Erhard, trimise mie de EST pentru a mă informa despre organizație):

O tânără care se oferise voluntar să facă curățenie în casa din San Francisco unde Werner își are biroul mi-a spus că a fost instruită în detaliu în legătură cu modul în care să-și ducă la îndeplinire obligațiile. „Trebuia să șterg sub fiecare obiect, cum ar fi cele de pe măsuță, și mai apoi să le reașez chiar acolo unde le găsisem, niciun centimetru mai încolo."[48]

Omul căruia i se fixase sarcina de a spăla toaletele din sediu a declarat că exista doar o singură modalitate EST de a o face. A spus că a fost uimit să descopere câte gânduri și eforturi pot să intre în curățatul impecabil al toaletelor în maniera EST.[49]

Ca persoane însărcinate să întâmpine oamenii, am fost învățați să zâmbim... [alteori] trebuia să păstrăm o figură imobilă. Când am spus asta supraveghetorului meu, el a răspuns simplu: „Scopul ajutorului este să ajute. Fă ce faci acum! Glumește când e de glumit".[50]

Un psiholog practician își descrie activitatea voluntară:

Punctul culminant al weekendului a venit când persoana însărcinată cu logistica mi-a spus, după ce trasasem cele mai scurte și eficiente drumuri spre baie: „Mulțumesc, Adelaide. Ai făcut treabă bună când ai scris aceste instrucțiuni". Uau! Am fost extaziată timp de ore întregi.[51]

A face lucrurile în mod „corect". A spăla toaletele în modul EST. A reașeza obiectele pe măsuță precis, nici măcar la un centimetru mai încolo. A glumi când e vremea de glumit. „Extaziată timp de ore întregi" pentru că ai trasat drumul cel mai eficient către baie. Toate aceste cuvinte reflectă o satisfacție evidentă pentru pierderea libertății, bucuria pierderii autonomiei și pentru dobândirea ochelarilor de cal.

Multe declarații ale absolvenților reflectă nu doar un sentiment de putere personală, ci și abandonul propriei persoane în favoarea unei ființe superioare. Se renunță la judecată și la luarea deciziilor; nimic nu e mai important ca zâmbetul Providenței. Un voluntar afirmă cu naivitate:

Werner poate deveni foarte zgomotos atunci când o sarcină nu e dusă la bun sfârșit. Tremur, dar știu că mă iubește. Sună nebunește? Asta e, iar tu trebuie să îți faci treaba cum vrea Werner să o faci.[52]

Erhard devine o figură gigantică, defectele-i sunt „retușate", neajunsurile îi sunt transformate în virtuți, talentele în calități supraumane. Un psiholog clinician își relatează impresiile de la prima întâlnire cu Werner Erhard:

În acel moment, nu îl întâlnisem încă pe Werner. Un prieten mi-a spus că „te face să te simți ca și cum ai fi lumea întreagă, ca și cum nimic altceva nu ar mai exista". Luminile s-au stins prompt la 8:00, iar Werner a apărut... părând mult mai tânăr decât te-ai aștepta la vârsta sa de patruzeci de ani, cu o piele extrem de frumoasă și ochi extrem de limpezi, îmbrăcat într-o vestă bej impecabil croită, cu o cămașă albă deschisă la gât și pantaloni închiși la culoare. Publicul s-a ridicat și a aplaudat. Werner venise, ca să fie împreună cu ei.[53]

Publicul se potolise și era foarte concentrat asupra acestui bărbat magnetic și atractiv (deși nu tocmai frumos), ce avea corpul unui jucător de tenis și ochii unui profet.[54]

„Ochii extrem de limpezi", „ochii unui profet", „Werner venise, ca să fie împreună cu ei" – astfel de cuvinte, care semnalează anularea judecății personale și a libertății, au făcut un alt absolvent EST, și el psiholog clinician, să scrie: „Cu cât mă gândesc mai mult la milităria din nucleul organizației EST, cu atât mai mult consider anarhia mai meritorie".[55] De aceea, principala critică ce poate fi adusă mișcării EST nu e cea de simplificare (poate fi și asta o virtute) și nici că ar fi un produs de consum pentru mase (orice sistem important de gândire are nevoie de popularizatori), ci că e fundamental inconsistentă. Autoritarismul nu generează autonomie personală, ci, dimpotrivă, sugrumă libertatea. E un sofism să susții, cum pare a o face EST, că, printr-o procedură autoritară, se poate ajunge la responsabilitatea personală. La urma urmei, unde se oprește procedura și unde începe rezultatul? Frica de libertate, cum ne-a arătat Fromm, are rădăcini adânci. Am merge până în pânzele albe ca să evităm responsabilitatea și să îmbrățișăm autoritatea, *acceptând chiar să ne prefacem că ne asumăm responsabilitatea.* E oare posibil ca procedura autoritară să fie de fapt rezultatul? Poate că lucrurile trebuiau să stea așa de la bun început – nu vom ști niciodată!

Responsabilitate și psihoterapie: date empirice

Legătura dintre responsabilitate și psihoterapie se bazează pe două elemente înrudite: evitarea responsabilității nu conduce la sănătate mentală; iar acceptarea responsabilității conduce în psihoterapie la succesul curei. Aș dori să examinez cercetările empirice care pot oferi un temei acestor idei.

E important ca, înainte de toate, să subliniem că afirmațiile noastre simplifică mult prea mult problema. Să ne gândim de exemplu la natura mecanismelor de apărare, unele dintre ele conducând la evitarea responsabilității (de pildă, cel al victimei inocente și externalizarea sau pierderea controlului) și la dezadaptare, în vreme ce altele (cum ar fi cele ce se bucură de un sprijin social important, precum credința în harul sau Providența) pot fi utile. Pe de altă parte, unii indivizi abordează responsabilitatea de o manieră prea vastă, prea deschisă și în lipsa unor resurse care să le permită să combată angoasa corespunzătoare. Eul are nevoie de o anumită putere pentru ca individul să poată să-și înfrunte situația existențială și angoasa inerentă.

Evitarea responsabilității e un lucru rău pentru sănătatea mentală?

Nu e ușor să găsești dovezi că evitarea responsabilității e rea pentru sănătatea mentală, deoarece nici „responsabilitatea", nici „libertatea" sau „voința" nu au fost studiate explicit de cercetători. O căutare informatică nu mi-a găsit niciun titlu. Termenul „responsabilitate" nu a fost găsit printre categoriile nosologice formale, și nici conceptul evitării responsabilității sau asumării ei nu a fost găsit în studiile psihoterapeutice. Ca atare, a trebuit să abordez literatura de o manieră oblică și am căutat să văd dacă existau studii care aveau măcar o relevanță posibilă pentru responsabilitate. Constructul cel mai relevant, discutat în capitolul 4, era locul controlului.* Un loc extern al controlului poate fi considerat ca o lipsă de asumare a responsabilității. Dacă refuzul responsabilității e „dăunător" sănătății, atunci mă aștept ca un loc extern al controlului să coreleze pozitiv cu funcționarea psihologică anormală. Am găsit cercetări care demonstrau că persoanele care au un loc al controlului extern, comparate cu persoanele cu un loc al controlului intern, au un sentiment crescut al inadaptării;[56] au mai multe tulburări afective,[57] sunt mai încordate, angoasate, ostile și confuze;[58] au performanțe mai reduse, sunt mai puțin active politic și mai influențabile[59], sunt mai puțin imaginative, mai frustrante și mai suspicioase.[60] Pacienții schizofrenici au o tendință mai mare să aibă un loc al controlului extern.[61] Pacienții afectați grav sunt caracterizați într-o mai mare măsură de un loc extern al controlului în raport cu cei afectați mai puțin[62].

Depresia este tulburarea cea mai studiată sub aspectul acestui construct, al locului controlului, deoarece neputința și fatalismul pacientului deprimat sugerează clar, chiar și observatorului profan, că astfel de pacienți și-au pierdut credința în puterea individuală de a acționa și de a influența propria lume experiențială. Există numeroase demonstrații că pacienții depresivi au un loc extern al controlului și, ca rezultat al ruperii corelației între comportament și efecte, dezvoltă un sentiment de neputință și o lipsă de speranță.[63]

* Să ne amintim că locul controlului măsoară, la un nivel superficial, dacă individul acceptă responsabilitatea pentru comportamentul propriu și experiențele sale de viață sau, dimpotrivă, crede că lucrurile care i se întâmplă nu sunt rezultate ale comportamentului său și, ca atare, nu pot fi controlate. Indivizii care acceptă responsabilitatea sunt considerați ca având un loc al controlului „intern", iar cei care-l resping au unul „extern".

O importantă teorie asupra depresiei e cea oferită de modelul „neputinței învățate", formulat de Martin Seligman, care postulează că variile componente ale depresiei (afective, cognitive și comportamentale) sunt consecințe ale învățării timpurii a faptului că rezultatele propriei acțiuni (altfel spus, recompensele și pedepsele) sunt în afara propriului control.[64] O persoană care învață că nu există o relație cauzală între comportamentul său și rezultate nu doar că încetează să acționeze eficace, dar începe să arate semne ale depresiei. Tradus în termeni existențiali, modelul postulează pur și simplu că persoanele care cred că nu sunt responsabile pentru ce li se întâmplă în lume vor avea de plătit. Deși evită să plătească prețul angoasei existențiale asociate cu asumarea responsabilității, ei pot deveni fataliști și deprimați, susține Seligman.

Modelul neputinței învățate aplicat depresiei este întemeiat pe constatările experimentale de laborator. El se bazează pe observarea animalelor în cadrul unor experimente în care sunt supuse unui stres pe care nu-l pot evita, pierzându-și astfel capacitatea de adaptare și de evitare a stresului căruia i se pot sustrage. Spre exemplu, câinii cărora li s-au aplicat șocuri de la care nu s-au putut sustrage se descurcă mai greu în evitarea șocurilor ce pot fi evitate decât câinii cărora li s-a aplicat anterior un șoc evitabil sau niciun șoc.[65] Au existat numeroase tentative de a construi un experiment asemănător cu subiecți umani. Astfel, după ce mai mulți subiecți au fost expuși unui zgomot căruia nu i se puteau sustrage, testele ulterioare au evidențiat mai multe eșecuri în evitarea unui zgomot ce putea fi ocolit (atunci când au fost plasați într-un cadru similar cu al camerelor folosite în experimentele animale)[66] sau au demonstrat o deteriorare a performanțelor în anumite teste de rezolvare a problemelor.[67]

Aceste rezultate demonstrează că, dacă indivizii sunt „învățați" în laborator că, prin propriul comportament, nu pot scăpa din situațiile respective, aceasta conduce la o alterare a comportamentului funcțional. În plus, David Klein și Martin Seligman au constatat că indivizii deprimați (care, anterior, nu au parte de zgomotul inevitabil) s-au comportat similar cu subiecții nedeprimați, dar care fuseseră „tratați" cu un zgomot care nu putea fi evitat.[68] William Miller și Seligman au descoperit lucruri similare prin intermediul experimentelor lor în materie de rezolvare a problemelor.[69] În alte experimente, s-a demonstrat că subiecții deprimați (spre deosebire de cei nedeprimați) au așteptări reduse privitor la succesul în

sarcinile de laborator și că aceste așteptări nu sunt influențate prin condiționare.* [70]

Pentru a rezuma, locul controlului, un instrument psihologic larg utilizat, care poate fi comparat din punct de vedere conceptual cu asumarea responsabilității sau evitarea sa, oferă anumite dovezi pentru ipoteza că evitarea responsabilității (loc extern al controlului) se asociază cu anumite forme de psihopatologie, mai ales depresia. Paradigma neajutorării învățate oferă dovezi suplimentare.

Ce ne spune cercetarea despre motivele poziționării individului în materie de control și responsabilitate? Există date că antecedentele poziționării interne/externe se găsesc în mediul familial din perioada timpurie a vieții: un mediu agregat, cald, atent și afectuos premerge dezvoltarea unui loc intern al controlului, în vreme ce un mediu dezagregat, impredictibil și relativ dezagreabil (de găsit mai frecvent în rândul claselor socioeconomice inferioare) generează un sentiment de neajutorare personală și un loc al controlului extern.[73] Ordinea nașterilor contează și ea: primii născuți sunt mai predispuși la un loc intern al controlului (posibil din cauză că sunt mai frecvent plasați în poziția în care trebuie să fie responsabili de casă și de propria conduită, fiind, de asemenea, puși să aibă grijă de frații mai mici).[74]

Psihoterapia crește nivelul de asumare a responsabilității? Cât ne ajută asta?

Mai multe proiecte de cercetare au investigat relația între rezultatele curei și schimbarea locului controlului. John Gillis și Richard Jessor au demonstrat că pacienții spitalizați, care au realizat progrese, au trecut de la un loc al controlului extern la unul intern.[75] P.S. Dua a arătat că un program de terapie comportamentală adresat delincvenților a condus la o internalizare a locului controlului.[76] Stephen Nowick și Jarvis Bernes au de-

* Un paradox conceptual interesant există între modelul neputinței învățate aplicat depresiei și modelul cognitiv al depresiei descris de Aaron Beck[71] care susține că pacientul depresiv este caracterizat de așteptări negative și de tendințe puternice să-și asume personal responsabilitatea pentru efecte. Astfel, pacienții deprimați se autoînvinovățesc pentru evenimente care sunt clar înafara controlului lor (de exemplu, pacienții suferind de depresii psihotice se pot învinovăți că au declanșat un război sau o catastrofă naturală). Lynn Abramson și Harold Sackeim discută acest paradox încă nereconciliat într-o excelentă recenzie.[72]

 monstrat o creștere a internalității în urma exersării eficacității într-o tabără destinată adolescenților defavorizați din zonele urbane sărace.[77] Mai multe studii ale membrilor grupurilor de întâlnire experiențiale au înclinat balanța centrului de control către interior.[78] Din nefericire, aceste studii sunt doar niște contribuții firave, nu sunt construite riguros și nu apelează nici la grupuri de control, nici nu verifică ce se întâmplă în lipsa oricărui tratament, pentru a combate efectul Hawthorne. În plus, rezultatele reprezintă corelații și nu ne spun dacă pacientul progresează datorită schimbării locului de control sau își schimbă locul de control ca urmare a progreselor.

O altă abordare empirică a constat în studierea rapoartelor subiective ale pacienților ce și-au terminat cura. Când pacienții sunt întrebați care aspecte ale terapiei le-au fost mai folositoare, aceștia citează descoperirea și asumarea responsabilității personale. Într-un studiu pe care l-am făcut împreună cu colegii mei asupra a douăzeci de terapii de grup încununate de succes, am aplicat metodologia Q (Q-sort)*, utilizând șaizeci de itemi pentru a determina „mecanismele schimbării" în terapie.[79] Acești șaizeci de itemi au fost derivați din douăsprezece categorii de „factori terapeutici" (fiecare incluzând câte cinci elemente): (1) catharsis, (2) autoînțelegere, (3) identificare – cu ceilalți membri, și nu cu terapeutul, (4) repunerea în scenă a familiei, (5) inocularea speranței, (6) universalitatea – altfel spus, înțelegerea că și ceilalți au probleme similare, (7) coeziunea grupului – acceptarea din partea celorlalți, (8) altruismul – faptul de a fi săritor, (9) sugestiile și sfaturile, (10) inputul interpersonal în învățare – învățarea modului în care ceilalți te percep, (11) outputul învățării interpersonale – îmbunătățirea capacității de relaționare interpersonală, (12) factorii existențiali.

Categoria „existențială" consta în următoarele elemente:

1. Recunoașterea că viața este uneori nedreaptă.
2. Recunoașterea că, la urma urmei, în viață nu putem găsi scăpare de durere și moarte.
3. Recunoașterea că, indiferent de cât de apropiat sunt de alți oameni, trebuie să înfrunt viața singur.

* Pacienților li s-au propus șaizeci de itemi (fiecare notat pe câte un cartonaș), fiind rugați să îi sorteze în șapte categorii (de la „cel mai folositor" la „cel mai puțin folositor").

4. Confruntarea cu problemele fundamentale ale propriei vieți și morți, care are ca rezultat o viață mai onestă și emancipată de sub jugul banalității.
5. Realizarea că, indiferent de sfaturile și de călăuzirea de care beneficiezi din partea altora, în ultimă instanță, trebuie să îți asumi responsabilitatea pentru modul în care trăiești.

Terapeuții din acest studiu nu aparțineau orientării existențiale, ci conduceau grupuri tradiționale bazate pe interacțiune, iar categoria „factorului existențial" a fost inserată în ultima clipă. Atunci când rezultatele au fost organizate, am aflat cu surprindere că mulți pacienți atașau o importanță considerabilă acestor „adaosuri", care nu fac parte din programul terapeutic tradițional. Întreaga categorie a factorilor existențiali a fost așezată pe locul șase între cele douăsprezece categorii (acesta reprezintă media scorurilor celor cinci itemi exitențiali). Important a fost considerat mai ales unul dintre itemi, numărul 5, *„Realizarea că, indiferent de sfaturile și de călăuzirea de care beneficiezi din partea altora, în ultimă instanță, trebuie să îți asumi responsabilitatea pentru modul în care trăiești". El a ocupat locul cinci în ierarhizarea realizată de pacienți* a celor șaizeci de itemi.

D. York și C. Eisman au repetat experiența cu optsprezece dependenți de alcool și de droguri, care au avut parte de o terapie intensivă, de câte șase zile pe săptămână (cu un accent deosebit pus pe tehnicile de grup) și cu un alt grup, de paisprezece pacienți dependenți de droguri, și ei participanți la un program de tratament intensiv. Și în acest caz, cercetătorii au descoperit că itemul „responsabilitate" a fost ales în mod frecvent (*a fost ales primul în ierarhia celor șaizeci de elemente de unul dintre grupuri și al doilea de celălalt grup*).[80]

J. Dreyer a testat folosind un instrument al „factorului terapeutic" pacienții dintr-un spital psihiatric la venire și la opt zile după internare. El a demonstrat că majoritatea pacienților spitalizați în instituțiile pentru tulburări acute se așteptau ca principalul ajutor să constea în sfaturi concrete sau sugestii care să îi ajute să facă față principalelor probleme din viața lor. În a opta zi de tratament, majoritatea își schimbaseră deja opinia: în loc să creadă că ajutorul va veni dintr-o sursă externă, ei au declarat că și-au dat seama că trebuie să își asume o mai mare responsabilitate.[81]

Într-un amplu studiu al efectelor grupurilor alcătuite în cadrul programelor de sporire a conştientizării din partea femeilor, Morton Lieberman şi colegii săi au constatat că „interviurile cu participantele au evidenţiat preocuparea pentru ideea că «doar eu sunt responsabilă pentru propria fericire»".[82]

Leonard Horowitz a studiat înregistrările video ale unor interviuri realizate cu patruzeci de pacienţi. (Prima înregistrare data de dinainte de terapie, a doua fusese făcută la opt luni după terapie şi a treia la douăsprezece luni mai apoi.) El a numărat sistematic declaraţiile pacienţilor care începeau cu „Nu pot să...", „Sunt obligat să..." sau expresii cu un sens înrudit („Nu sunt capabil", „Trebuie", „Sunt nevoit...." şi aşa mai departe) şi a constatat o considerabilă împuţinare a lor, un sentiment mai redus al neputinţei şi o asumare graduală a responsabilităţii personale pe măsură ce terapia avansa.[83]

Aceste date sugerează că terapia de succes oferă pacientului o mai bună conştientizare a responsabilităţii care îi revine în viaţă. Se pare că rezultatele terapiei eficace nu se rezumă la ceea ce persoana află despre raporturile cu alţii sau despre intimitate – altfel spus, despre ceea ce poate obţine ca urmare a relaţionării cu alţii; ea va descoperi şi limitele acestor raporturi – ce anume *nu poate* obţine de la alţii, în terapie şi în viaţă.

Stilul terapeutului: date empirice. Pacienţii, mai ales cei care caută să evite responsabilitatea, preferă terapeuţii activi şi directivi, care structurează şedinţele terapeutice (ceea ce, la urma urmei, e sarcina unei călăuze pricepute). Studiile care investighează locul controlului furnizează aici date empirice.

G.C. Helweg a cerut unor pacienţi psihiatrici şi unor studenţi să vizioneze filme în care doi terapeuţi realizau un interviu – Carl Rogers, un intervievator nondirectiv, şi Albert Ellis, un intervievator extrem de directiv – şi mai apoi să aleagă terapeutul pe care l-ar prefera. Subiecţii cu un loc de control extern (altfel spus, cei care evitau asumarea responsabilităţii) au preferat terapeutul activ şi directiv.[84]

R.A. Jacobsen a cerut terapeuţilor comportamentali şi psihanalişti să construiască profiluri pentru abordările lor terapeutice. Ea a cerut mai apoi subiecţilor să îi spună ce terapeuţi preferă şi a descoperit că indivizii cu un loc de control extern preferă terapeuţii directivi, comportamentali, în vreme ce subiecţii cu un loc de control intern îi preferau pe psihanaliştii

nedirectivi.[85] K.G. Wilson, folosind tehnici similare, a descoperit că variabila critică era poziția terapeutului (așa cum e ea percepută de pacient) în materie de control și participare. Cei cu un loc intern vor alege terapeuții pe care îi percep că le îngăduie o participare deplină și un control complet în cadrul procesului terapeutic.[86]

Problema pacienților care fugeau de responsabilitate (adică a celor cu un loc extern de control) e că alegerea unui terapeut activ-directiv poate fi ea însăși cauza eșecului curativ: controlul solicitat nu e controlul de care e nevoie. *Cu cât un terapeut e mai activ și mai energic (chiar dacă, în mod evident, cu scopul ca pacientul să își asume responsabilitatea), cu atât e mai infantilizat pacientul.*

Unul dintre rezultatele proiectului pe eu și colegii mei l-am realizat a fost tocmai demonstrarea acestui lucru.[87] Am studiat optsprezece grupuri de întâlnire, care s-au derulat timp de treizeci de ore pe parcursul a zece săptămâni și care au fost conduse de către aderenți la cele mai variate orientări terapeutice. Observatorii au evaluat fiecare aspect al comportamentului liderului: nivelul total de activitate, conținutul comentariilor, funcția executivă (stabilirea de limite, reguli, norme, obiective; gestionarea timpului; temporizarea și încetarea intervenției), ca și un număr de exerciții structurate (altfel spus, o serie de sarcini specifice sau exerciții pe care terapeutul le dă grupului, cum ar fi exerciții de feedback, tehnica „locului fierbinte" sau psihodrama). Toți liderii au folosit exerciții structurate: unii au folosit mai multe, alții foarte puține. Atunci când am analizat relația între comportamentul liderului și rezultate (sentimentul valorii de sine, mecanismele de răspuns, stilul interpersonal, evaluarea celor din jur, valorile din viață și așa mai departe), a reieșit o serie de corelații interesante:

- Exista o relație curbilinie între ponderea funcției executive a liderului și rezultate. Cu alte cuvinte, se aplică regula moderației: *prea mult sau prea puțin, și rezultatele vor fi slabe.* Prea multă funcție executivă conducea la un grup autoritar extrem de structurat, în care membrii nu reușeau să își dezvolte simțul autonomiei. Prea puțin, un stil laissez-faire, însemna un grup nedumerit și care se lupta să se mențină pe linia de plutire.
- Cu cât exercițiile la care liderul face apel sunt mai structurate, cu atât mai competent era el considerat de membri la sfârșitul ședințelor, dar cu atât mai lipsită de succes era terapia (măsurată după șase luni).

Morala acestei ultime descoperiri era evidentă: dacă dorești ca pacienții să fie de părere că știi ce faci, fii un lider activ, viguros, care organizează totul în cele mai mici detalii. Totuși, pregătește-te să accepți că o astfel de strategie împiedică dezvoltarea pacientului și probabil asumarea responsabilității.

Limitele responsabilității

Conceptul responsabilității e crucial în psihoterapie și e valid din punct de vedere pragmatic, „funcționează"; asumarea responsabilității dă posibilitatea individului să acceadă la autonomie și să își realizeze potențialul.

Însă cât de departe merge acest adevăr? Mulți terapeuți sunt oricând gata să apere responsabilitatea, dar, în secret, în propriile inimi și sisteme de credințe, gândesc determinist influența mediului asupra individului. Timp de mulți ani, am tratat terapeuți, atât în cure individuale, cât și în terapii de grup dedicate lor, și am descoperit cât de frecvent psihoterapeuții (și nu mă exclud dintre ei) recurg la un dublu standard: pacienții își constituie propriile lumi și sunt responsabili pentru ele, în vreme ce terapeuții trăiesc într-o lume obiectivă, rațională, structurată și fac tot ce pot pentru a se pune de acord cu „realitatea".

Atât terapeuții, cât și pacienții plătesc pentru inconsistența propriilor sisteme de credințe. Terapeuții apără asumarea responsabilității, dar dubiile secrete se întrevăd; nu își pot convinge pacienții de ceva în care ei înșiși nu cred. Inconștient, sunt înțelegători și ca atare sunt repede prinși în lațul rezistenței pacienților. Spre exemplu, în tratamentul femeilor divorțate, suferind de depresie, disperate să își găsească un alt partener, terapeutul poate începe să ezite în eforturile de a ajuta pacientele să-și asume responsabilitatea. Rezistența lor își poate găsi un ecou în terapeut, care începe să gândească astfel: „Pacienta pare o persoană arătoasă, atrăgătoare, dar cultura noastră *e* dură cu o femeie de patruzeci și opt de ani, mediul celibatarilor este adesea neplăcut, iar în San Francisco se găsesc foarte puțini bărbați frumoși, necăsătoriți și heterosexuali. Serviciul, de care are nevoie ca să-și câștige existența, nu îi oferă șansa să întâlnească alți oameni. Poate că are dreptate: dacă bărbatul potrivit ar apărea, nouăzeci și cinci la sută din problemele ei s-ar evapora. Această pacientă e o victimă a desti-

nului." În acest mod, terapeutul se aliază cu rezistența pacientului și este repede redus la a sugera strategii de a întâlni bărbați – cluburi pentru celibatari, întâlniri prin intermediul computerului, părinți lipsiți de parteneri și așa mai departe (ca și cum pacientul ar fi incapabil să-și facă astfel de planuri).

Adevărata lecție pentru terapeut are loc atunci când „bărbatul potrivit" nu apare și formula „fericiți până la adânci bătrâneți" devine fără noimă. „Bărbatul potrivit" fie nu e suficient de deștept, fie e prea dependent sau prea independent, prea sărac sau prea bogat, fie e prea rece. Sau poate că ea nu vrea să renunțe la libertate ori se agață de el cu o disperare care-l sperie, ori e atât de angoasată că ea își pierde spontaneitatea, iar el o găsește seacă și neatrăgătoare. Cu timpul, terapeutul va descoperi că, în realitate, există nenumăratele moduri în care individul afectat de conflicte în viața intimă poate distruge o relație.

Evident că atunci când vorbim despre terapie sau orice altă relație, standardele duble sunt nefuncționale; terapeutul trebuie să-și examineze credințele referitoare la responsabilitate și să ajungă la o poziție consistentă. Raporturile între mediu și libertatea personală sunt extraordinar de complexe. Oamenii își creează propriul destin sau, cum susțin deterministii cu privire la influența mediului, precum B.F. Skinner, oamenii sunt determinați de evenimentele din mediu? („Persoana nu acționează asupra lumii, dar lumea acționează asupra sa.")[88]

În general, într-o dezbatere dintre un determinist și un libertarian (o persoană care crede în liberul-arbitru), logica și realitatea par a fi de partea deterministului; libertarianul e mai „neriguros", făcând apel la lucruri imposibil de măsurat, la argumente emoționale. De aceea, psihoterapeuții sunt prinși într-o dilemă. Pentru a fi eficace, trebuie să fie libertarieni; totuși mulți, cu o experiență științifică bogată, fie în domeniul psihologiei experimentale, fie în cel al psihologiei sociale, în medicină sau biologie, se surprind dorindu-și cumva să facă saltul orb către perspectiva alegerii libere, dar cred în secret că argumentele determinismului sunt de nezdruncinat.

Totuși, există argumente substanțiale în favoare ideii că se poate vorbi de responsabilitate personală, unele dintre ele având suportul cercetării empirice. Aceasta poate oferi terapeutului o scăpare din dilemă. Înainte de toate, trebuie să recunoaștem că a susține că suntem strict determinați

 Morala acestei ultime descoperiri era evidentă: dacă dorești ca pacienții să fie de părere că știi ce faci, fii un lider activ, viguros, care organizează totul în cele mai mici detalii. Totuși, pregătește-te să accepți că o astfel de strategie împiedică dezvoltarea pacientului și probabil asumarea responsabilității.

Limitele responsabilității

Conceptul responsabilității e crucial în psihoterapie și e valid din punct de vedere pragmatic, „funcționează"; asumarea responsabilității dă posibilitatea individului să acceadă la autonomie și să își realizeze potențialul.

Însă cât de departe merge acest adevăr? Mulți terapeuți sunt oricând gata să apere responsabilitatea, dar, în secret, în propriile inimi și sisteme de credințe, gândesc determinist influența mediului asupra individului. Timp de mulți ani, am tratat terapeuți, atât în cure individuale, cât și în terapii de grup dedicate lor, și am descoperit cât de frecvent psihoterapeuții (și nu mă exclud dintre ei) recurg la un dublu standard: pacienții își constituie propriile lumi și sunt responsabili pentru ele, în vreme ce terapeuții trăiesc într-o lume obiectivă, rațională, structurată și fac tot ce pot pentru a se pune de acord cu „realitatea".

Atât terapeuții, cât și pacienții plătesc pentru inconsistența propriilor sisteme de credințe. Terapeuții apără asumarea responsabilității, dar dubiile secrete se întrevăd; nu își pot convinge pacienții de ceva în care ei înșiși nu cred. Inconștient, sunt înțelegători și ca atare sunt repede prinși în lațul rezistenței pacienților. Spre exemplu, în tratamentul femeilor divorțate, suferind de depresie, disperate să își găsească un alt partener, terapeutul poate începe să ezite în eforturile de a ajuta pacientele să-și asume responsabilitatea. Rezistența lor își poate găsi un ecou în terapeut, care începe să gândească astfel: „Pacienta pare o persoană arătoasă, atrăgătoare, dar cultura noastră *e* dură cu o femeie de patruzeci și opt de ani, mediul celibatarilor este adesea neplăcut, iar în San Francisco se găsesc foarte puțini bărbați frumoși, necăsătoriți și heterosexuali. Serviciul, de care are nevoie ca să-și câștige existența, nu îi oferă șansa să întâlnească alți oameni. Poate că are dreptate: dacă bărbatul potrivit ar apărea, nouăzeci și cinci la sută din problemele ei s-ar evapora. Această pacientă e o victimă a desti-

nului." În acest mod, terapeutul se aliază cu rezistența pacientului și este repede redus la a sugera strategii de a întâlni bărbați – cluburi pentru celibatari, întâlniri prin intermediul computerului, părinți lipsiți de parteneri și așa mai departe (ca și cum pacientul ar fi incapabil să-și facă astfel de planuri).

Adevărata lecție pentru terapeut are loc atunci când „bărbatul potrivit" nu apare și formula „fericiți până la adânci bătrâneți" devine fără noimă. „Bărbatul potrivit" fie nu e suficient de deștept, fie e prea dependent sau prea independent, prea sărac sau prea bogat, fie e prea rece. Sau poate că ea nu vrea să renunțe la libertate ori se agață de el cu o disperare care-l sperie, ori e atât de angoasată că ea își pierde spontaneitatea, iar el o găsește seacă și neatrăgătoare. Cu timpul, terapeutul va descoperi că, în realitate, există nenumăratele moduri în care individul afectat de conflicte în viața intimă poate distruge o relație.

Evident că atunci când vorbim despre terapie sau orice altă relație, standardele duble sunt nefuncționale; terapeutul trebuie să-și examineze credințele referitoare la responsabilitate și să ajungă la o poziție consistentă. Raporturile între mediu și libertatea personală sunt extraordinar de complexe. Oamenii își creează propriul destin sau, cum susțin deterministii cu privire la influența mediului, precum B.F. Skinner, oamenii sunt determinați de evenimentele din mediu? („Persoana nu acționează asupra lumii, dar lumea acționează asupra sa.")[88]

În general, într-o dezbatere dintre un determinist și un libertarian (o persoană care crede în liberul-arbitru), logica și realitatea par a fi de partea deterministului; libertarianul e mai „neriguros", făcând apel la lucruri imposibil de măsurat, la argumente emoționale. De aceea, psihoterapeuții sunt prinși într-o dilemă. Pentru a fi eficace, trebuie să fie libertarieni; totuși mulți, cu o experiență științifică bogată, fie în domeniul psihologiei experimentale, fie în cel al psihologiei sociale, în medicină sau biologie, se surprind dorindu-și cumva să facă saltul orb către perspectiva alegerii libere, dar cred în secret că argumentele determinismului sunt de nezdruncinat.

Totuși, există argumente substanțiale în favoare ideii că se poate vorbi de responsabilitate personală, unele dintre ele având suportul cercetării empirice. Aceasta poate oferi terapeutului o scăpare din dilemă. Înainte de toate, trebuie să recunoaștem că a susține că suntem strict determinați

 de mediu înseamnă a adopta o poziție extremă care nu mai poate reclama sprijinul exclusiv al cercetării empirice „riguroase". Skinner susține că, deoarece suntem determinați de mediul în care trăim, fiecare putem manipula comportamentul manipulând mediul; însă o astfel de afirmație este contradictorie. Cine, la urma urmei, manipulează mediul? Nici cel mai fanatic determinist nu poate susține că suntem determinați de mediu să ne modificăm mediul; o astfel de poziție conduce la un regres infinit. Dacă ne manipulăm mediul, nu mai suntem determinați de el, ci evenimentul produs e cel determinat. Într-un eseu din 1936, care aniversa optzeci de ani de la nașterea lui Freud, Binswanger remarcă faptul că figura impunătoare a lui Freud, ca și contribuțiile sale au reprezentat exemple minunate de limitare a teoriei deterministe:

> *Faptul că viețile ne sunt determinate de forțele vitale este doar o jumătate a adevărului; cealaltă e că determinăm aceste forțe, țesându-ne propria soartă. Doar cele două jumătăți pot cuprinde înăuntrul lor problema sănătății mentale și a nebuniei. Cei care, precum Freud, și-au făurit soarta cu ciocanul – opera pe care a meșteșugit-o din materia limbajului este o dovadă suficientă în acest sens – sunt ultimii care ar putea nega acest lucru.*[89]

În alocuțiunea susținută în 1974 în calitate de președinte al Asociației Psihologice Americane, Albert Bandura a distins între mediul potențial și cel actual, numind „determinism reciproc" ideea că, deși toți indivizii pot împărtăși unul și același mediu *potențial*, fiecare e în realitate autorul mediului său:

> *Un cercetător studia odată copii schizofrenici și copii normali într-un cadru care conținea o varietate mare de dispozitive atractive, care includea televizoare, gramofoane, jocuri mecanice, trenulețe electrice, aparate de vizionat fotografii și orgi electronice. Pentru a activa toate aceste jucării, copiii trebuiau să insereze jetoane potrivite,* dar *doar atunci când luminița aparatului era aprinsă; monedele inserate când luminița era stinsă prelungeau perioada în care dispozitivul nu putea fi folosit. Copiii normali au învățat repede cum să se bucure de ce le oferea mediul și și-au creat condiții extrem de mulțumitoare. Prin contrast, copiii schizofrenici, care nu au reușit să dobândească abilitățile de control necesare, au resimțit același mediu potențial gratificant ca pe unul frustrant, neplăcut.*[90]

Există prin urmare o relație reciprocă între comportament și mediu: comportamentul poate influența mediul. Bandura a subliniat: „Suntem toți familiarizați cu indivizii predispuși la probleme care, prin caracterul lor nesuferit, cultivă în mod previzibil climate sociale negative oriunde ar merge. Alții sunt în schimb extrem de abili în a scoate ce-i mai bun din cei cu care interacționează". Mediul pe care și-l creează fiecare individ influențează mai departe comportamentul viitor. Comportamentul și mediul sunt interdependente, mediile nefiind deja date, având printre cauze și comportamentul. Bandura a remarcat că „urmând lanțul cauzal, pentru fiecare găină descoperită de un adept al determinismului univoc al mediului, un teoretician al învățării sociale va putea identifica un ou".

Determinismul reciproc este sprijinit de un important volum de date empirice. Acest material a fost examinat suficient în altă parte,[91] și nu-l voi cita decât pentru a sublinia că e substanțial, riguros și provine din surse, precum interacțiunile care au loc în comunicarea dintre oameni, din seturile de așteptări, din relațiile reciproce între preferințele personale și conținutul presei, din cogniție și percepție, din funcțiile autoregulative ale sistemului sinelui (adică, modelul psihocibernetic al sinelui) și din feedbackul biologic.

Deși mulți libertarieni vor fi mulțumiți cu sprijinul empiric neașteptat oferit de teoria determinismului reciproc, mulți vor spune că nu merge suficient de departe. Ei vor argumenta că metodele experimentale ale psihologilor sociali și comportamentali prezintă un defect capital: viciul rezidă în aceea că variabila dependentă este „comportamentul". Discutând relațiile dintre libertate și determinism, Bandura începe cu acest fapt evident (din punctul de vedere al comportamentaliștilor):

> *Atunci când e să alegem la ce film să mergem dintre multele posibilități oferite de un oraș mare, există puține constrângeri asupra individului, așa că se vor manifesta preferințele personale, care vor juca rolul determinanților dominanți. Prin contrast, dacă oamenii sunt cufundați într-un bazin cu apă adâncă, comportamentul lor va fi remarcabil de similar, oricât de variată ar fi structura lor cognitivă sau comportamentală.*[92]

Expresia care-l deranjează pe libertarian e cea care spune că oamenii cufundați în apă vor avea un *comportament* „remarcabil de similar". Ches-

 tiunea în cauză e desigur „comportamentul". Cum s-a ajuns la concluzia că tocmai comportamentul trebuie să fie criteriul după care sunt măsurate alegerea sau libertatea? Dacă se măsoară mişcările reflexe ale membrelor, activitatea corporală sau indicatorii fiziologici, atunci devine clar că paleta de opţiuni comportamentale ale omului este drastic limitată, ca a oricărei alte creaturi. Însă chiar şi cufundată până la gât, fiinţa umană posedă libertate: ea alege cum să se recepteze acea situaţie, ce atitudini să adopte, dacă să fie curajoasă, stoică, fatalistă, vicleană sau panicată. Nu există o limită a paletei de opţiuni psihologice care îi stau la dispoziţie. Aproape cu două mii de ani în urmă, Epictet spunea:

> *Trebuie să mor. Trebuie să fiu întemniţat. Trebuie să fiu exilat. Dar trebuie să mor mârâind? Trebuie să şi suspin? Poate să mă împiedice cineva să plec în exil zâmbind? Stăpânul mă ameninţă că mă pune în lanţuri: ce spui? Mă pui în lanţuri? Îmi vei pune în lanţuri piciorul, dar nu voinţa. Nu, nici măcar Zeus nu poate asta.*[93]

Acesta nu e un tertip ieftin. Chiar dacă imaginea unui om care se îneacă, dar care e liber, poate părea hilară, principiul din spatele său este foarte important. Atitudinea faţă de propria situaţie este crucială pentru faptul de a fi om, iar concluziile despre natura umană bazate doar pe comportamentul măsurabil vor fi distorsionări ale naturii. Nu poate fi negat că mediul, genetica sau întâmplarea joacă un anumit rol în viaţă. Circumstanţele limitate sar în ochi: Sartre vorbeşte despre un „coeficient de adversitate".[94] Cu toţii ne confruntăm cu adversităţi naturale care ne influenţează vieţile. Spre exemplu, diverse lucruri neprevăzute ne pot zădărnici eforturile de a ne găsi un serviciu sau un partener – handicapuri fizice, educaţia inadecvată, sănătatea precară şi aşa mai departe – însă aceasta nu înseamnă că nu avem responsabilităţi (sau de ales) în acea situaţie. Rămânem responsabili inclusiv pentru ce facem cu propriile handicapuri; pentru atitudinile faţă de ele; pentru amărăciunea, mânia sau depresia care acţionează aliindu-se cu „coeficientul de adversitate" originar, pentru a ajuta handicapul să învingă individul. De exemplu, în pofida valorii mari de piaţă a atractivităţii fizice, mulţi oameni au un stil şi un şarm care trec dincolo de caracteristicile fizice neatrăgătoare. (Cred că Abraham Lincoln a fost cel care a spus că, după vârsta de patruzeci de

ani, fiecare e responsabil pentru aspectul chipului său.) Când orice altceva eșuează, când coeficientul de adversitate e formidabil, rămânem totuși responsabili pentru atitudinea față de adversitate – putem să trăim regretând amarnic sau să ne găsim moduri de a trece peste handicap și să ne construim o viață cu sens în pofida lui.

O pacientă de-a mea, ale cărei șanse de a găsi un partener atrăgător erau grav periclitate de o diformitate fizică serioasă, se tortura „alegând" să creadă că viața e lipsită de valoare fără o relație sexuală cu bărbatul iubit. Își anulase multe alternative, inclusiv satisfacțiile unei prietenii intime cu o altă femeie sau ale unei prietenii nesexuale cu un bărbat. Grosul muncii terapeutice cu această pacientă l-a reprezentat demolarea unei presupuneri fundamentale – că fie ești parte a unui cuplu, fie ești nimic (un punct de vedere puternic încurajat de societate, mai ales în cazul femeilor). Până la urmă, a ajuns să-și dea seama că, deși nu avea nicio vină pentru diformitatea sa, avea responsabilitatea completă pentru atitudinile sale față de ea, ca și pentru decizia de a adera la un sistem de credințe care conduseseră la o scădere a stimei de sine.

Recunoașterea și acceptarea „datului" extern (coeficientului de adversitate) nu implică o atitudine pasivă față de mediul existențial. Tocmai acesta e conținutul acuzei aduse de neomarxiști și de susținătorii psihiatriei radicale la adresa rețelei de sănătate mentală: că neglijează circumstanțele materiale potrivnice individului, căruia i se cere să își accepte fără să crâcnească soarta (impusă de capitaliști). Însă o asumare deplină a responsabilității implică nu doar că noi suntem cei ce dăm un sens lumii, dar și libertatea și responsabilitatea de a ne schimba mediul extern oricând e posibil. Sarcina importantă constă în identificarea coeficientului real de adversitate. Misiunea de căpătâi a terapiei e aici să ajute pacienții să reanalizeze ceea ce nu pot schimba.

Maladia fizică

Responsabilitatea personală se extinde dincolo de responsabilitatea pentru propria stare psihică. Date medicale numeroase demonstrează că afecțiunile somatice sunt influențate de stările psihologice. Interdependența corp-minte în materie de boală fizică este un domeniu prea vast, așa că vom avea doar posibilitatea unei reverențe rapide în direcția care se im-

 pune și a unei discuții succinte a evoluțiilor recente cu privire la o maladie anume – cancerul.

Freud a oferit o schiță a legăturii între stres și maladie din 1901, în *Psihopatologia vieții cotidiene*, unde a sugerat că rănirile accidentale nu sunt realmente accidentale, ci manifestări ale unui conflict psihic; el a descris tipul caracterizat de „tendința de autodistrugere", care suferă de un număr neobișnuit de răni accidentale.[95] După Freud, două generații de analiști au dezvoltat domeniul medicinii psihosomatice în care s-a descoperit că un număr de maladii (de pildă, artrita, ulcerele, astmul, colita ulcerată etc.) sunt puternic influențate de starea psihică a individului. Tehnici moderne de biofeedback, de meditație și un spectru larg de mecanisme de autoreglare au provocat un nou val de interes pentru control și responsabilitate individuală, pentru aspectele fiziologice care sunt controlate de sistemul nervos autonom (o parte a sistemului nervos care multă vreme a fost denumită „sistem nervos involuntar").

Conceptul responsabilității personale este aplicat astăzi în tratamentul unor maladii precum cancerul, despre care multă vreme s-a crezut că e dincolo de orice control individual. Cancerul a fost multă vreme considerat ca prototipul maladiei cu cauze externe: lovește fără să anunțe, iar pacientul nu poate face mare lucru ca să influențeze instalarea sau cursul maladiei. Totuși, recent, s-au ivit o serie de încercări devenite extrem de notorii de a inversa această atitudine față de cancer: pacienților li se cere să își examineze propriul rol în instalarea maladiei. O. Carl Simonton, un radiolog oncolog, a fost pionierul acestei încercări, propunând un tratament psihologic pentru cancer.[96] Argumentul său se bazează pe o teorie curentă asupra maladiei, care sugerează că individul este expus constant la celule canceroase, dar rezistă acestora până când rezistența îi este diminuată de anumiți factori ce-l fac susceptibil de cancer. Există o cantitate considerabilă de date empirice potrivit cărora stresul diminuează rezistența la boală, deoarece afectează sistemul imunitar și echilibrul hormonal. Dacă respectivele dovezi vor fi coroborate, raționează Simonton, atunci forțele psihice pot fi mobilizate să influențeze cursul cancerului.

Metodele de tratament ale lui Simonton constau într-o meditație zilnică bazată pe vizualizare, în care pacientul se concentrează asupra unei metafore vizuale a apariției cancerului (așa cum și-o închipuie pacientul), iar mai apoi meditează asupra unei metafore vizuale a mecanisme-

lor de apărare ale corpului, ce triumfă asupra cancerului. Spre exemplu, unul dintre pacienți a vizualizat cancerul sub forma unei grămezi de hamburgeri cruzi, iar pe apărătorii corpului, pe micile celule albe, și le-a imaginat ca pe o haită de câini sălbatici care mănâncă hamburgerii. Simonton își îndeamnă pacienții să examineze modul cum fac față stresului. Pacienților a căror maladie se extinde li se adresează mai întâi întrebarea: „De ce te-ai pedepsit în halul ăsta?"

Din câte știu, nu există dovezi demne de încredere că o astfel de abordare crește durata de supraviețuire; și va trebui să fim sceptici cu privire la un sistem care promite atât de mult, dar pentru care nu se inițiază o cercetare relativ simplă, care i-ar confirma sau infirma tezele. Totuși, abordarea lui Simonton ne arată ceva important cu privire la rolul responsabilității în gestionarea maladiei grave, deoarece pacienții care utilizează meditația vizuală, chiar dacă nu sunt ajutați în plan fizic, sunt ajutați în plan psihic, aceștia asumându-și o atitudine mai responsabilă față de propria boală. Acesta e un lucru important, deoarece sentimentul neputinței și demoralizarea profundă constituie adesea probleme mari în tratamentul pacienților cu cancer. Probabil mai mult decât oricare altă maladie, cancerul generează un sentiment de neputință – pacienții se simt incapabili de vreun control asupra stării lor de sănătate. Suferinzii de aproape orice altă boală (cum ar fi cele cardiace sau diabetul) au la dispoziție numeroase moduri în care pot participa la tratament: pot să adopte o dietă, să țină anumite regimuri recomandate de medic, să se odihnească, să își impună un program de exerciții fizice și așa mai departe; însă pacienții cu cancer simt că nu pot face nimic altceva decât să aștepte – să aștepte până când următoarea tumoare apare undeva în corp. Acest sentiment de neputință este adesea sporit de atitudinea medicilor, care exclud frecvent pacienții din procesul de decizie asupra cursului tratamentului. Mulți doctori sunt reticenți să comunice informații pacienților și, adesea, trec peste capul lor, consultând familia în legătură cu deciziile importante care se impun cu privire la viitorul tratamentului.

Însă dacă metoda lui Simonton este realmente nefundamentată și nu sporește durata de supraviețuire nu e oare bazată pe o minciună, devenind astfel fără niciun temei? Și ce metode terapeutice sunt disponibile pentru a ajuta pacienții care nu îi acceptă premisele și metoda? Cred că asumarea responsabilității e un concept care oferă instrumente tera-

 peutice oricărui bolnav de cancer, chiar și celor cu o maladie extrem de avansată.[97] Va trebui să remarcăm înainte de toate că, indiferent de circumstanțele fizice (altfel spus, de coeficientul de adversitate), suntem responsabili de atitudinea față de propriile greutăți. În munca mea cu pacienții bolnavi de cancer metastatic (cancer care s-a răspândit în alte părți ale corpului și nu mai poate fi tratat pe cale medicamentoasă sau chirurgicală), am fost impresionat mai ales de diferențele mari între atitudinile indivizilor cu privire la propria moarte. Unii indivizi se abandonau disperării și mureau prematur în plan psihologic și, după cum o sugerează anumite cercetări[98], prematur și în plan fizic. Alții, după cum am relatat în capitolul 5, trec peste propria boală și își folosesc așteptata moarte ca pe un catalizator care să le amelioreze calitatea vieții. Responsabilitatea pentru atitudinea proprie nu înseamnă neapărat responsabilitate pentru sentimentele *proprii* (deși Sartre ar susține că așa stau lucrurile), ci pentru atitudinea față de ele. O glumă a lui Viktor Frankl ilustrează chestiunea:

> *În timpul Primului Război Mondial, un doctor militar evreu stătea într-o tranșee cu un prieten de treabă, un colonel aristocrat, când a început un schimb de focuri intens. Colonelul îi spune ca să-l zgândărească: „Ți-e frică, nu? E încă o probă că rasa ariană e superioară celei semitice". „Bineînțeles că mi-e frică", a răspuns doctorul. „Însă cine-i cel superior? Tu, scumpul meu colonel, dacă ai fi fost la fel de înfricoșat ca mine, ai fi fugit de mult."*[99]

Terapeutul care lucrează cu pacienții de oncologie are multe de oferit atunci când se concentrează pe sentimentul neputinței și a lipsei de ajutor. În munca noastră cu pacienții bolnavi de cancer din grupurile de suport, eu și colegii mei[100] am dezvoltat câteva abordări menite să stimuleze un sentiment de putere și control. Spre exemplu, pacienții de oncologie se simt adesea neputincioși și infantilizați în relația cu medicii. Grupul meu s-a concentrat mai ales asupra acestei chestiuni și a fost eficace, ajutând mulți pacienți să-și asume responsabilitatea pentru relația cu medicii. După ce pacienții și-au descris relația cu medicii, ceilalți membri au sugerat și alte metode: pacienții și-au ales roluri într-un joc în care exersau noi metode de asertivitate în fața medicului. Pacienții au învățat să solicite timp medicului, să-i ceră informații (dacă o doreau) cu privire la

maladia lor; unii au învățat să-și ceară fișele medicale sau radiografiile; și unii, când părea să aibă sens, își asumau responsabilitatea supremă de a refuza să mai ia medicamente.

Mulți membri ai grupului de terapie au dezvoltat prin intermediul activității sociale un sentiment de putere. Mulți au luat cuvântul în numele drepturilor pacienților de oncologie și s-au implicat în chestiunile politice care îi afectau (de pildă, militând în favoarea unor deduceri fiscale pentru protezele mamare). În fine, în moduri deja discutate, terapeutul a ajutat pacienții din grup să își recâștige un sentiment de putere, încurajându-i să-și asume responsabilitatea pentru mersul grupului. Îmbunătățind conștientizarea faptului că pot să influențeze grupul, astfel încât să se potrivească propriilor nevoi, că e într-adevăr responsabilitatea lor să exercite o influență formatoare, terapeutul poate spori asumarea responsabilității și în alte sfere ale vieții.

Responsabilitate și vinovăție existențială

Încercând să-i trezească pacientului simțul pentru responsabilitățile ce-i revin, terapeutul descoperă repede un intrus în arena terapeutică. Această prezență e vinovăția, umbra întunecată a responsabilității, care invadează desfășurarea terapiei existențiale.

În terapia de factură existențială, „vinovăția" își dobândește un sens oarecum diferit de cel folosit în terapia tradițională, unde se referă la sentimentul de a fi greșit – o stare pervazivă, inconfortabilă, care a fost descrisă ca angoasă plus sentimentul de a fi o persoană rea. (Freud comentează că, subiectiv, „sentimentul de inferioritate și sentimentul de vinovăție sunt în general greu de deosebit.")[101] Se poate trasa o distincție între vinovăția nevrotică și „vinovăția" reală sau, în termenii lui Buber, între vinovăție și „sentimentul vinovăției".[102]

Vinovăția nevrotică emană din transgresiunea *imaginară* (sau dintr-o transgresiune minoră căreia i se oferă o dimensiune disproporționată) față de un alt individ, față de un tabu modern sau tradițional ori față de instanțele parentale sau sociale. Vinovăția „reală" provine din ofensa *reală* adusă altuia. Deși disconfortul resimțit e similar, atât semnificațiile celor două vinovății, cât și modurile în care trebuie tratate sunt foarte diferite: vinovăția nevrotică trebuie abordată prin analiza sentimentului de a fi o

 persoană rea, a agresivității inconștiente și a dorinței de pedeapsă; în vreme ce vinovăția „reală" trebuie să fie combătută printr-o reparație concretă sau simbolică adecvată.

Perspectiva existențială în psihoterapie adaugă dimenisiuni importante conceptului de vină. În primul rând, acceptarea responsabilității pentru propriile acțiuni lărgește domeniul vinovăției prin aceea că diminuează portițele de scăpare. Individul nu se mai poate baza pe alibiuri confortabile ca „N-am vrut!", „A fost un accident!", „N-am avut ce face!", „Am cedat unui impuls irezistibil!" Din acest motiv, vinovăția reală își face frecvent apariția în dialogul terapeutic existențial, împreună cu rolul pe care îl joacă în raporturile interpersonale.

Însă perspectiva existențială asupra vinovăției aduce ceva chiar mai important decât lărgirea conceptului de individ responsabil. Spus cât se poate de simplu: suntem vinovați nu doar pentru ofense aduse altcuiva sau pentru încălcarea anumitor coduri morale sau sociale, ci *putem fi vinovați și pentru ofense aduse propriei persoane*. Dintre toți filosofii existențialiști, Kierkegaard și mai apoi Heidegger au fost cei care au dezvoltat cel mai mult conceptul. E de subliniat că Heidegger folosește același cuvânt (*schuldig*) atât pentru vinovăție, cât și pentru responsabilitate. După ce discută utilizările tradiționale ale termenului de „vinovăție", el spune: „Faptul-de-a-fi-vinovat are apoi și o altă semnificație, aceea de «a purta vina pentru ceva» (*schuld sein an*), în speță de a fi cauza sau autorul a ceva sau, de asemenea, de «a fi ocazia» pentru ceva".[103]

Suntem vinovați pe cât suntem de responsabili pentru noi înșine și pentru lume. Vinovăția este o parte fundamentală a *Dasein*-ului (adică a ființării omenești): „Faptul-de-a-fi-vinovat nu rezultă dintr-o vinovăție anume, ci invers, vinovăția aceasta devine posibilă abia «pe temeiul» unui fapt-de-a-fi-vinovat originar".[104] Heidegger purcede mai apoi la dezvoltarea temei că „în ideea de «vinovat» rezidă caracterul de «nu»". *Dasein*-ul este întotdeauna constitutiv și „rămâne permanent în spatele posibilităților sale"[105] *Vinovăția este de aceea intim legată de posibilitate sau de potențial.* Când „vocea conștiinței" e auzită (altfel spus, vocea care ne întoarce către existența „autentică"), suntem întotdeauna „vinovați" – și *suntem vinovați în măsura în care eșuăm să ne împlinim posibilitățile autentice.*

Acest concept extrem de important a fost dezvoltat mai în detaliu (și mult mai clar) de mulți alții. Contribuțiile lui Paul Tillich sunt particular-

mente relevante pentru psihoterapie. În *Curajul de a fi*, el discută angoasa fundamentală a omului provocată de ideea de neființă și distinge trei surse ale angoasei – trei modalități mari prin care neantul amenință existența. Pe două dintre acestea (amenințarea la adresa existenței obiective – *moartea*, și amenințarea la adresa existenței spirituale – *lipsa de sens*), le examinez în altă parte. Cea de a treia este în schimb relevantă aici. Neantul amenință existența, punând în pericol posibilitatea de autoafirmare morală. Iar noi resimțim vinovăție și angoasa de autocondamnare. Cuvintele lui Tillich sunt extrem de clare:

> *Existența nu îi este doar dată omului, ci îi este și cerută. Omul este responsabil pentru aceasta; literal vorbind, i se cere să răspundă, dacă este întrebat,* ce a făcut cu el însuși. *Cel care îl întreabă este judecătorul lui, adică el însuși. Această situație produce angoasa care, în termeni relativi, este angoasa vinei; iar, în termeni absoluți, este angoasa respingerii de sine sau a condamnării. (...) [Omul] este solicitat să facă din el însuși ceea ce se presupune că ar trebui să devină, să-și împlinească destinul. În fiecare act al afirmării morale de sine, omul contribuie la împlinirea destinului său, la actualizarea a ceea ce este în mod potențial.*[106]

Punctul de vedere al lui Tillich potrivit căruia omul „este solicitat să facă din el însuși ceea ce se presupune că ar trebui să devină, să-și împlinească destinul" vine de la Kierkegaard, care descrie o formă de disperare ce provine din lipsa de voință de a deveni tu însuți. Reflecția interioară (asumarea vinovăției) domolește disperarea, în vreme ce neștiința că ești disperat este o formă încă și mai adâncă de disperare.[107] Aceeași idee a fost subliniată de rabinul hasidic Susya, care cu puțin înainte de moarte a spus: „Când voi ajunge în ceruri nu voi fi întrebat «De ce n-ai fost Moise?», ci «De ce nu ai fost Susya? De ce nu ai devenit ceea ce doar tu puteai deveni?»[108] Otto Rank realiza extrem de acut aceste probleme și a scris că, atunci când ne înfrânăm dorința de a trăi prea intens, de a ne îndeplini prea repede înclinațiile sau năzuințele, ne simțim vinovați că *nu ne-am folosit complet viața, că am lăsat viață netrăită în noi.*[109]

Rollo May sugerează că noțiunea de refulare trebuie înțeleasă din perspectiva relațiilor cu propriile potențialități și că noțiunea de inconștient trebuie lărgită, astfel încât să includă potențialul nerealizat refulat al individului:

> *Dacă este să înțelegem refularea în cazul unei persoane, va trebui deci să ne punem următoarea întrebare:* Care e relația respectivului cu propriul potențial? *Ce se întâmplă când alege sau e forțat să aleagă să scoată din conștiință* ceva ce știe, *și pe alt nivel știe că știe?... Prin urmare, inconștientul nu trebuie gândit ca un rezervor de impulsuri, gânduri și dorințe inacceptabile din punct de vedere cultural. Eu îl definesc mai degrabă ca ceva format din toate acele potențialități cognitive și experiențiale pe care individul nu poate sau nu vrea să le actualizeze.*[110]

În altă parte, May descrie vinovăția (mai precis, vinovăția existențială) ca „o emoție pozitivă, constructivă... perceperea diferenței între ce este un lucru și ce ar trebui să fie".[111] Prin urmare, vina existențială (ca și angoasa) e compatibilă cu sănătatea mentală și chiar necesară în acest scop. „Când individul își neagă potențialitățile, eșuează în a și le realiza, starea sa va fi cea de vinovăție."[112]

Ideea că fiecare ființă umană își are propriul set de potențialități care aspiră la actualizare nu e una nouă. „Entelehia" aristotelică se referea la actualizarea deplină a potențialității. Cel de-al patrulea păcat cardinal, lenea sau acedia, a fost adesea interpretat de mulți gânditori ca „păcatul de a nu face cu propria viață ce se poate face cu ea".[113] Acesta e un concept extrem de popular în psihologia modernă și apare în scrierile mai tuturor teoreticienilor și terapeuților moderni de orientare umanistă sau existențială.* Deși a avut parte de diverse denumiri (autoactualizare, autorealizare, autodezvoltare, dezvoltare a potențialului, dezvoltare personală, autonomie și așa mai departe) conceptul de bază e simplu: fiecare ființă umană posedă un set de capacități și de potențiale înnăscute și, în plus, posedă o cunoaștere primordială a acestor potențialuri. Cei care eșuează în a se bucura de împlinirea vieții vor resimți un sentiment profund și puternic, pe care eu îl numesc „vinovăție existențială".

Opera de maturitate a lui Karen Horney, spre exemplu, se bazează din plin pe concepția că, în condiții favorabile, ființa omenească își va dezvolta potențialul intrinsec la fel cum din sământă se va naște o întreagă plantă.[123] Principala sa operă, *Neurosis and Human Growth* [*Nevroza și dezvoltarea umană*], poartă ca subtitlu „Efortul de autorealizare". În opinia sa, psihopa-

* Mai ales la Buber[114], Murphy [115], Fromm[116], Buhler[117], Allport[118], Rogers[119], Jung[120], Maslow[121] și Horney[122].

tologia apare când circumstanțele adverse inhibă dezvoltarea copilului în direcția realizării propriilor posibilități. Copilul își uită propriul sine potențial și își dezvoltă o altă imagine de sine: un „sine idealizat" către care își direcționează energiile vitale. Deși Horney nu folosește termenul „vinovăție", este limpede că înțelege clar prețul plătit de individ pentru neîndeplinirea propriului destin. Ea vorbește despre un sentiment al înstrăinării, al despărțirii de realitatea propriei persoane, care conduce la înăbușirea sentimentelor, a gândurilor și a dorințelor autentice. Individul are totuși sentimentul propriului sine potențial la un nivel inconștient unde îl compară neîncetat cu propriul „sine actual" (altfel spus, sinele care trăiește realmente în lume). Discrepanța între ceea ce individul este și ceea ce poate fi generează o avalanșă de dispreț față de propria persoană, cu care individul trebuie să lupte toată viața.

Abraham Maslow, care a fost foarte influențat de Horney, este cred primul care a folosit termenul de „autoactualizare". Și el era de părere că indivizii se actualizează de o manieră naturală, exceptând situațiile potrivnice dezvoltării lor, în care sunt siliți să caute siguranța mai degrabă decât dezvoltarea (altfel spus, trebuie să adopte o „motivație de deficit" în locul unei „motivații de creștere").

> *Dacă nucleul esențial [dat intrinsec] al persoanei este negat sau suprimat, atunci aceasta se îmbolnăvește, uneori, în moduri evidente, alteori, în moduri mai subtile... Acest nucleu intern este delicat și subtil, putând fi ușor înfrânt de obișnuințe și presiunea culturală... Deși negat, persistă subteran, cerându-și permanent actualizarea... Orice apostazie împotriva sa [a nucleului], orice crimă împotriva propriei naturi lasă urme în inconștient și ne face să ne urâm pe noi înșine.*[124]

Însă cum putem să ne cunoaștem potențialul? Cum poate fi recunoscut atunci când e întâlnit? Cum știm că un individ s-a rătăcit? Heidegger, Tillich, Maslow și May răspund la unison: „Prin intermediul vinovăției! Prin intermediul angoasei! Prin vocea conștiinței". Există un consens general între aceștia că vinovăția existențială este o forță pozitivă, constructivă, o călăuză care ne cheamă înapoi înspre ce suntem. Când pacienții îi spuneau că nu știu ce vor, Horney le răspundea adesea simplu: „Te-ai gândit vreodată să te întrebi pe tine?" În centrul propriei existențe posedăm

 o cunoaştere de sine. John Stuart Mill, când descria identităţile multiple, vorbea despre un sine permanent, fundamental pe care îl numea „eu durabil".[125] Nimeni nu a spus-o mai bine ca Sfântul Augustin: „Există cineva în mine care e mai adânc decât mine însumi".[126]

O istorioară din domeniul clinic ilustrează rolul de ghid al vinovăţiei existenţiale. O pacientă m-a consultat din cauza depresiei cronice şi sentimentului lipsei de valoare. Avea cincizeci de ani şi, timp de treizeci şi doi, fusese măritată cu un bărbat ranchiunos şi cu tare adânci. De multe ori în viaţă, se gândise să recurgă la terapie, dar se decisese să nu o facă, deoarece îi era teamă că autoexaminarea va conduce la destrămarea căsniciei, iar ea nu va putea face faţă singurătăţii, dezonoarei, dificultăţilor economice şi recunoaşterii eşecului. Într-un final, a devenit atât de bolnavă, că a fost nevoită să ceară ajutor. Însă, deşi venea regulat la cabinetul meu, refuza să se dedice terapiei, aşa că am progresat puţin. Însă a existat un punct de cotitură dramatic, în ziua în care a vorbit despre bătrâneţe şi frica sa de moarte. I-am cerut să se închipuie în pragul morţii şi să îşi rememoreze viaţa, descriindu-şi sentimentele. Fără ezitare, ea a răspuns: „Regret". „Regret pentru ce?", am întrebat. „Regret pentru că mi-am irosit viaţa, pentru că nu am ştiut niciun moment ce aş fi putut să fiu." „Regretul" (termenul său pentru vina existenţială) a fost cheia terapiei. L-am folosit ca un ghid constant din acel moment. Deşi în faţa sa se întindeau luni de travaliu dificil, nu am mai avut niciun dubiu cu privire la rezultat. S-a cercetat pe sine *cu adevărat* (a şi rupt mariajul), iar pentru prima dată, în momentul în care terapia s-a terminat, a fost capabilă să-şi trăiască viaţa mai degrabă cu gândul la potenţial decât la regret.

Relaţia între vinovăţie, dispreţ faţă de propria persoană şi autorealizare este clar ilustrată de cura lui Bruce, pacientul între două vârste pe care l-am prezentat în capitolul 5. Din adolescenţă, Bruce fusese preocupat de sex şi în special de sâni. Pe tot parcursul vieţii s-a dispreţuit. Bruce aştepta de la terapie o „ameliorare" – a angoasei, a urii faţă de sine şi a sentimentului persistent de vinovăţie care îl rodea din interior. E puţin spus că Bruce nu avea sentimentul că ar fi autorul propriei vieţi. Ideea că ar fi purtat vreo responsabilitate personală pentru viaţa sa era ca o limbă străină pentru el; se simţea atât de hăituit, atât de panicat tot timpul că, asemenea lui Kafka, simţea că „ar trebui să mă aşez foarte tăcut într-un ungher şi să fiu foarte mulţumit că pot respira".[127]

Timp de mai multe luni de terapie, am examinat vinovăția și ura sa față de sine. De ce era vinovat? Ce comisese? A mărturisit mici abateri, banale și plictisitoare, pe care le tot vântura în ora de terapie: când era copil furase câțiva bănuți de la tatăl său; exagerase cifrele când ceruse să fie rambursat de compania de asigurări, mințise în declarațiile fiscale, furase ziarul vecinului și, mai presus de toate, se culcase cu femei. Am analizat fiecare abatere îndelung și, de fiecare dată, am stabilit că pedeapsa depășea crima. Spre exemplu, când am discutat subiectul promiscuității, a realizat că nu rănise pe nimeni; își tratase prietenele bine, nu mințise pe nimeni și avusese grijă de sentimentele lor. A parcurs fiecare dintre „greșeli" în mod rațional și a realizat că era „nevinovat" și nedrept de aspru cu el însuși. Și totuși, vinovăția și ura de sine au rămas nealterate.

Prima geană de înțelegere a responsabilității a apărut când a discutat despre teama de autoafirmare. Deși situația profesională îl obliga, el nu își putea reprezenta compania cum trebuie în discuțiile publice. Îi era greu mai ales să contrazică sau să critice public pe altcineva; nimic nu-l speria mai mult ca dezbaterea publică. „Ce se poate întâmpla într-o astfel de situație?", am întrebat. „Care-i marea nenorocire?" Bruce nu avea dubii în legătură cu răspunsul. „Că voi fi dat în vileag." Se temea că adversarii săi vor citi cu voce tare, nepăsători, o listă cu toate experiențele sexuale rușinoase din viața sa. Se identifica cu coșmarul lui Leopold Blum din *Ulise* al lui James Joyce care, judecat pentru dorințele-i secrete, e umilit în momentul în care dovezile pentru numeroasele sale mici păcate sunt etalate în fața curții. Am întrebat de ce se teme mai mult – să îi fie date în vileag aventurile sexuale curente sau cele trecute? El a răspuns: „Cele prezente. Mă descurc cu cele trecute. Mi-aș putea spune, chiar cu voce tare: «Asta a fost atunci. M-am schimbat. Acum sunt o persoană diferită»."

Treptat, Bruce a început să-și audă propriile cuvinte, care spuneau în realitate „comportamentul meu actual, ce fac *acum* este sursa fricii mele de afirmare și sursa disprețului față de propria persoană, ca și a vinovăției" Bruce a ajuns să realizeze *că el era în mod imediat și integral sursa propriei uri de sine*. Dacă voia să aibă sentimente mai bune față de propria persoană, sau chiar să se iubească, trebuia să nu mai facă lucruri de care se rușina.

Însă avea să realizeze ceva și mai important. După ce Bruce a făcut un efort (pe care l-am descris în capitolul 5) și a ales, pentru prima dată, să

 lase deoparte cuceririle sexuale, a început treptat să progreseze. În lunile care au urmat, a suferit numeroase schimbări (inclusiv o perioadă de impotență, care era de așteptat), dar treptat compulsivitatea sa s-a redus și sentimentul posibilității de a alege a sporit. Pe măsură ce comportamentul i se schimba, imaginea de sine s-a schimbat și ea dramatic, Bruce devenind foarte încrezător în propriile puteri și prețuindu-se mult. Către sfârșitul terapiei, Bruce a descoperit progresiv două cauze ale vinovăției sale. Una dintre ele consta în modul în care se purta cu alții (lucru despre care voi spune mai multe în capitolul 8). Cea de a doua era crima comisă împotriva propriei persoane. În cea mai mare parte a vieții, atenția și energiile sale se îndreptaseră, animalic, către sex, sâni, organe genitale, copulație, seducție și multe variații ingenioase și extravagante ale actului sexual. Până la schimbarea survenită ca urmare a terapiei, Bruce dăduse arareori frâu liber minții sale, se gândise rar și la altceva, citea rar (doar ca să impresioneze femeile), asculta puțină muzică (doar când o putea folosi ca preludiu pentru sex) și cunoscuse cu adevărat o altă persoană de puține ori. Bruce, care avea darul vorbirii, spunea că „trăise ca un animal tot timpul în călduri, aruncat într-o parte sau alta de carnea care-i atârna între picioare". „Să presupunem, mi-a spus într-o zi, că am putea studia îndeaproape viața unei specii de insecte. Să ne imaginăm că am găsi că masculii sunt fascinați de două protuberanțe de pe toracele femelei și își consacră toate zilele pe care le au căutării modurilor în care pot atinge aceste protuberanțe. Ce-am gândi noi? Ce mod ciudat de a-ți petrece viața! Cu siguranță, trebuie să existe mai mult în viață decât atingerea acelor protuberanțe. Și totuși eram aidoma acelei insecte." Nu e de mirare că Bruce se simțea vinovat. Vina sa, după cum o știa și Tillich, provenea din negarea și restrângerea vieții, din autoanihilarea sa și refuzul de a deveni ce putea deveni.

Nimeni nu a descris vina existențială mai viu și mai impresionant ca Franz Kafka. Refuzul de a recunoaște și confrunta vina existențială este o temă recurentă în opera lui Kafka. *Procesul* începe cu „Pe Josef K. îl calomniase pesemne cineva căci, fără să fi făcut nimic rău, se pomeni într-o dimineață arestat". Lui Josef K. i se cere să mărturisească, dar declară: „Sunt complet nevinovat". Întregul roman este o descriere a eforturilor lui Josef K. de a scăpa de tribunal. El caută ajutor din orice loc îi vine în minte, însă în zadar, deoarece nu are de înfruntat un tribu-

nal judiciar obișnuit. După cum cititorul treptat realizează, Josef K. se confruntă cu un tribunal interior, unul care își are sediul în profunzimile sale.[128] Julius Heuscher atrage atenția asupra contaminării curții cu material instinctual primitiv: spre exemplu, birourile judecătorilor sunt pline de cărți pornografice; tribunalul se găsește într-un pod sinistru dintr-o casă de mahala.[129]

Când Josef K. intră în catedrală, e întâmpinat de un preot care încercă să-l ajute îndemnându-l să privească înăuntrul său către propria vinovăție. Josef K. răspunde că totul e o neînțelegere, iar mai apoi raționalizează: „De altfel cum ar putea un om să fie vinovat? Doar toți suntem oameni aici, și unul și celălalt". Preotul spune: „De obicei așa vorbesc vinovații" și îl sfătuiește iarăși să privească înăuntrul său, în loc să încerce să-și dizolve vinovăția într-o vinovăție colectivă. Când Josef K. își descrie următorul pas: „Vreau să mai caut ajutor", preotul devine furios: „Tu cauți prea mult ajutorul altora"; într-un final, preotul țipă din amvon: „Nu vezi oare nici până la doi pași?"

Josef K. speră să obțină de la preot o modalitate de a ocoli tribunalul, „cum să iasă din încercuirea procesului, cum să-l evite și să trăiască în afara lui", înțelegând prin asta o viață în afara jurisdicției propriei conștiințe. Josef K. se întreabă de fapt dacă se poate să nu ne confruntăm niciodată cu vina existențială. Preotul răspunde că speranța de a scăpa cumva este o „amăgire" și îi povestește parabola din „Scripturile care preced Legea", care descrie această amăgire. Parabola este povestea impresionantă a unui om și a unui paznic. Un om de la țară cere să stea dinaintea Legii. Paznicul din fața unei uși dintr-un șir întreg îl salută și-l anunță că nu poate fi lăsat înăuntru pentru moment. Când bărbatul încearcă să arunce o privire printre uși, paznicul îl avertizează: „Dacă ții atâta, intră, cu toată oprelіștea mea. Dar să nu uiți că eu sunt puternic. Și cu toate astea nu sunt decât ultimul dintre paznici. La ușa fiecărei încăperi, ai să găsești paznici din ce în ce mai puternici; începând de la al treilea, nici eu nu mai sunt destul de tare ca să le suport privirea."

Omul decide că e mai bine să aștepte până când va căpăta permisiunea de a intra. El așteaptă zile, săptămâni, ani. Așteaptă în fața ușii toată viața. Îmbătrânește; vederea îi scade; iar când dă să moară, pune o altă întrebare paznicului, una pe care nu o pusese înainte: „Dacă toții oamenii caută să cunoască Legea, spune omul, cum se face că, de-atâta amar de

 vreme, nimeni în afară de mine nu ți-a mai cerut să intre?" Paznicul urlă la urechea omului (deoarece și auzul îi scăzuse): „Nimeni în afară de tine n-avea dreptul să intre aici, căci poarta asta era făcută numai pentru tine; acum plec și o încui".

Josef K. nu înțelege parabola; și de fapt, până la sfârșit, când moare „ca un câine", continuă să caute ajutor din partea unui agent extern.[130] Însuși Kafka, după cum consemnează în jurnalul său, nu a înțeles la început semnificația parabolei.[131] Mai târziu, după cum arată Buber[132], Kafka s-a exprimat limpede în caietele sale asupra semnificației parabolei: „Mărturisirea vinovăției, mărturisirea necondiționată a vinovăției, ușa care se deschide. Apare în interiorul casei lumii, care se reflectă neclar după ziduri". Omul de la țară al lui Kafka era vinovat – nu doar pentru că nu și-a trăit o viața netrăită, că a așteptat permisiunea altuia, că nu și-a luat viața în propriile mâini, că nu a pășit prin ușa rezervată lui, dar era vinovat și de faptul că nu și-a acceptat vinovăția, că nu a folosit-o ca ghid către propriul interior, că nu a nu fi „mărturisit" necondiționat – un act care ar fi condus la *„deschiderea bruscă" a ușii.*

Nu ni se spune mare lucru despre viața lui Josef K. de dinainte de acuzare și, de aceea nu putem spune cu precizie care îi era vina existențială. Totuși, Heuscher, într-un raport de caz extrem de revelator, furnizează o încarnare a lui Josef K. – un pacient, dl T., ale cărui greșeli față de propria persoană erau ușor vizibile:

> *Dl T. m-a consultat deoarece nu mai putea înghiți. Timp de săptămâni, se limitase la a sorbi mici cantități de lichide și, de aceea, pierduse circa douăzeci de kilograme. Înainte de a se îmbolnăvi, își petrecea întregul timp fie la uzină, unde rolul său era unul interesant, dar strict definit, fie acasă unde o soție inteligentă, dar cronic nevrotică, deprimată și alcoolică făcea imposibilă orice ieșire sau distracție. Relațiile sexuale încetaseră cu ani în urmă, pasămite în mod consensual, iar activitățile de acasă se rezumau la citit, la privitul la televizor, la conversațiile impersonale cu nevasta din momentele în care nu era beată și la câte o vizită ocazională la rude îndepărtate. Deși era un om plăcut și cu o conversație vie, nu avea niciun prieten apropiat, oricât și l-ar fi dorit, și nici nu îndrăznea să-și dezvolte activități sociale la care nevasta să nu ia parte. Blocat în lumea sa rigidă și limitată, para inteligent orice sugestie a terapeutului de a fructifica vreun potențial ori de a pune în practică cutare decizie.*[133]

Deși simptomatologia domnului T. s-a ameliorat, doi ani de terapie nu au făcut nimic pentru a-i schimba stilul de viață. Dl T., ca și Josef K., nu se asculta pe sine, iar în cura sa a evitat cu grijă să-și scruteze viața în profunzime. Și totuși insista să își continue terapia, iar terapeutul îi considera insistența drept un indiciu al unei senzații latente că îi era accesibilă o viață mai bogată.

Într-o zi, dl T. a adus în discuție un vis care l-a uimit prin claritatea-i extremă. Deși nu îl citise pe Kafka, visul semăna straniu de mult cu *Procesul*, care, asemenea multor opere ale lui Kafka, își are originile într-un vis. Deși e prea lung pentru a fi povestit aici în întregime, el începea astfel:

Fusesem arestat și dus la secția de poliție. Nu voiau să-mi spună pentru ce fusesem arestat, ci doar mormăiau ceva despre „o abatere" și îmi cereau să pledez vinovat. Când am refuzat, m-au amenințat că mă vor acuza de o infracțiune gravă. „Acuzați-mă de ce vreți", am răspuns, așa că m-au acuzat de infracțiunea gravă. În consecință, am fost condamnat și am ajuns la ferma unei închisori, deoarece acesta era locul unde se ispășeau, potrivit unuia dintre polițiști, „infracțiunile grave făptuite fără violență". La început, m-am panicat, deoarece mi se ceruse să-mi recunosc vina; mai apoi, m-am simțit furios; după aceea m-am simțit furios și confuz. Nu am aflat niciodată de ce fusesem acuzat, însă polițistul care mă arestase îmi spusese că ar fi fost mult prea stupid să nu recunosc, deoarece o condamnare pentru o abatere minoră mi-ar fi adus șase luni de detenție, în vreme ce pentru infracțiunea gravă eram pasibil de cel puțin cinci ani. Am fost pedepsit să ispășesc între cinci și treizeci de ani.[134]

Domnul T. și Josef K. au fost somați de vinovăția existențială, dar ambii au ales să nu audă, interpretând vinovăția de o manieră tradițională. Ambii și-au proclamat nevinovăția. La urma urmei, niciunul nu comisese vreo crimă. Considerau că trebuie să se fi produs o greșeală și fiecare s-a străduit să convingă autoritățile exterioare că la mijloc e o eroare judiciară. Însă vinovăția existențială nu e rezultatul unui gest criminal comis de individ. Dimpotrivă! Originea vinovăției existențiale (orice nume ar purta – „autocondamnare", „regret", „remușcare" și așa mai departe) stă în *omisiune*. Josef K. și dl T. sunt ambii vinovați pentru ce *nu* au făcut cu propriile vieți.

Experiențele lui Josef K. și ale domnului T. au repercusiuni importante asupra terapeutului. „Vinovăția" este o stare de disconfort subiectiv resimțită ca ceva rău și angoasant. Și totuși vinovăția subiectivă poate fi înțeleasă în mai multe moduri. Terapeutul trebuie să-și ajute pacientul să distingă între vinovăția reală, vinovăția nevrotică și cea existențială. Vinovăția existențială e mai mult decât o stare afectivă inconfortabilă, decât un simptom ce poate fi analizat și eliminat; terapeutul trebuie s-o considere ca o chemare interioară care, dacă e băgată în seamă, poate fi o călăuză către împlinirea de sine. Cine este afectat de vinovăția existențială, precum Josef K. sau dl T, a păcătuit împotriva propriului destin. Victima este propriul sine potențial. Răscumpărarea poate fi obținută prin urmărirea „adevăratei" vocații a ființei omenești, care, după cum spunea Kierkegaard, „trebuie să voiască să fie ea însăși".[135]

7

Voința

Responsabilitate, voință și acțiune

Un proverb japonez spune: „Să știi și să nu acționezi înseamnă să nu știi nimic". Asumarea responsabilității nu este în sine sinonimă cu schimbarea; este doar primul pas în procesul schimbării. Asta am vrut să spun când, în capitolul anterior, am zis că pacientul care realizează ce responsabilități are intră în antecamera schimbării. Acest capitol va trata restul parcursului – trecerea de la conștientizare la acțiune.

Pentru ca schimbarea să se producă, va trebui întâi să ne asumăm responsabilitatea: trebuie să ne angajăm într-o acțiune. Cuvântul „responsabilitate" însuși denotă această capacitate: „reacție" + „abilitate", altfel spus abilitatea de a reacționa. Sarcina psihoterapiei este schimbarea, iar schimbarea terapeutică trebuie să se exprime prin acțiune – nu în cunoaștere, intenție sau visare.

Pe cât de vădit pare acest fapt, pe atât de mult a ocultat psihoterapia tradițională această evidență. Primii analiști erau atât de convinși că autocunoașterea echivalează cu schimbarea, încât aveau tendința să considere cunoașterea ca punctul final al terapiei. Dacă nu se înregistra o schimbare, atunci se presupunea că pacientul nu se cunoaște suficient. Într-un bine cunoscut articol, publicat în 1950, într-o revistă de psihiatrie de prim-rang, Allen Wheelis considera necesar să reamintească psihoterapeuților că „terapia poate conduce la schimbarea personalității numai în măsura în care îl face pe pacient să adopte un nou comportament. Schimbarea reală în absența acțiunii e o imposibilitate teoretică și practică".[1]

Ce e acțiunea din punctul de vedere al psihoterapiei? E totuna cu gândirea? La urma urmei, se poate demonstra că gândirea consumă energie.

 Wheelis a susținut că o extindere a conceptului acțiunii astfel încât să includă gândirea ar spolia acțiunea de sensul său propriu. Gândul, *în și prin sine*, nu are consecințe externe, deși poate fi preludiul obligatoriu pentru acțiune: individul poate, de pildă, să imagineze, să repete în minte sau să organizeze o acțiune. Acțiunea îl aruncă pe individ dincolo de el însuși; aceasta implică interacțiunea cu mediul fizic sau interpersonal. Acțiunea nu trebuie să implice mișcări ample și nici nu e obligatoriu să fie vizibile. Un gest discret sau o privire aruncată cuiva poate constitui o acțiune de o importanță uriașă. Acțiunea are două fațete: de fapt, *absența* acțiunii – de exemplu, a *nu* acționa în mod obișnuit, a *nu* mânca în exces, a *nu*-i exploata pe alții, a *nu* fi necinstit – poate constitui o acțiune importantă.

Terapeutul trebuie să curteze acțiunea. El poate pretinde că urmărește alte obiective – cunoașterea de sine, autoactualizarea, confortul –, dar, în ultimă instanță, schimbarea (altfel spus, acțiunea) este miza secretă a oricărui terapeut. Problema e că, în formarea sa, terapeutul nu învață niciodată despre mecanica acțiunii: în schimb, terapeutul este instruit să înregistreze istoria pacientului, să interpreteze și să se relaționeze și adoptă credința oarbă seculară că o încurajare a acestor activități va genera într-un final schimbarea.

Dar, dacă această credință e greșită? Terapeutul va fi derutat și va căuta chiar mai multă cunoaștere, mai multă reflecție asupra propriei persoane, mai multă înțelegere; analiza și terapia se întind pe mai mult de trei, patru sau cinci ani. De fapt, multe cure iau câte șapte sau opt ani, iar o a doua analiză e atât de frecventă, că nu mai e ceva care să mai trezească interesul. Terapeutul pierde din vedere felul în care trebuie să apară schimbarea, sperând să năruiască structurile nevrotice ale pacientului printr-o extenuare reciprocă, spre a folosi expresia fericită a lui Wheelis[2].

Însă ce se întâmplă dacă nu survine o schimbare? Terapeutul își pierde răbdarea și începe să privească direct spre voință și acțiune, în loc să le privească pe furiș, cum a fost învățat. În cuvintele lui Wheelis:

> *... terapeutul se poate surprinde dorind ca pacientul să fie mai capabil de „efort" și de „determinare" și să dovedească o voință de „a da tot ce e mai bun din el". Uneori, aceste dorințe se finalizează prin remarci adresate pacientului: „Oamenii trebuie să se ajute singuri", „Nimic valoros nu e obținut fără efort",*

„Trebuie să încerci". Astfel de intervenții sunt arareori incluse în rapoartele de caz, deoarece se presupune că nu au nici demnitatea, nici eficacitatea interpretărilor. Adesea, analistul se simte stânjenit de astfel de apeluri la voință, ca și cum ar utiliza ceva în care nu crede, ca și cum totul ar fi de prisos dacă analiza ar fi fost mai abilă.[3]

„Nimic valoros nu e obținut fără efort", „Trebuie să încerci". Wheelis spune că astfel de intervenții sunt arareori incluse în rapoartele de caz. Într-adevăr, nu sunt. Ele sunt în întregime „neoficiale". Și totuși, ele sunt comune; orice terapeut are aceste gânduri, pe care în diverse moduri le comunică pacientului.

Însă când terapeutul afirmă *sotto voce*: „Trebuie să încerci mai mult" sau „E necesar un efort", cui îi vorbește el? Problema cu care se confruntă majoritatea terapeuților e că, *în modelul psihanalitic al minții (precum și în cel comportamental), nu există vreo mențiune cu privire la resorturile psihice ale acțiunii, care să poată fi accesate de către terapeut.* Modelul freudian al minții, așa cum am spus în capitolul 2, e bazat pe principiile lui Helmholz, altfel spus pe un model antivitalist și determinist, în care ființa umană e animată și controlată de „forțe fizico-chimice reductibile la atracție și repulsie"[4]. Potrivit lui Freud, „omul este trăit de inconștient... Credința adânc-înrădăcinată în libertatea psihologică și posibilitatea alegerii e suficient de neștiințifică pentru a trebui să cedeze terenul ideilor deterministe în privința vieții mentale."[5] Omul lui Freud, cum spunea May, nu mai e „conducător, ci condus"[6]. Comportamentul este un vector, o rezultantă a interacțiunii unor forțe interne. Însă dacă așa stau lucrurile, dacă toată activitatea mentală și fizică a ființelor umane este determinată, dacă nu există niciun conducător, atunci *cine* sau *ce* trebuie să „încerce mai mult" ori să manifeste „hotărâre" sau „curaj"?

Terapeutul care adoptă o poziție „științifică" deterministă în activitatea clinică se lovește repede de o problemă importantă: într-un model al omului divizat în compartimente aflate în relație, dar și în conflict, precum Eul, Supraeul și Se-ul, unde vom găsi sediul ultim al responsabilității? Problema a fost formulată cu claritate de supervizorul meu, pe care l-am citat în începutul părții a doua: „Scopul psihoterapiei este de a aduce pacientul în punctul în care poate alege liber". Însă unde vom găsi „agentul care alege" într-un model determinist? Nu-i de mirare că, în cele

 cincizeci de ședințe pe care le-am avut împreună, nu a mai insistat pe tema „scopului psihoterapiei"!

Freud nu a reconciliat niciodată contradicția dintre modelul său determinist și întreprinderea terapeutică; iar în *Eul și Se-ul*, scris când avea șaizeci și șapte de ani, a remarcat că sarcina terapeutului este să „dea Eului libertatea de a decide într-un sens sau altul"[7]. Această mult citată declarație dovedește că modelul său determinist pentru om este neviabil. Deși gândirea psihanalitică tradițională considera comportamentul uman ca fiind complet determinat, deși divizează psihicul uman în compartimente în conflict (Eu, Supraeu și Se; sau preconștient, inconștient și conștient), e nevoie totuși de un nucleu nedeterminat. Psihanaliștii de mai târziu ai eului, care recurg la conceptul de „Eu autonom" încă nu au spart cercul vicios. E ca și cum am avea un homunculus liber într-unul din compartimente. Însă, desigur, aceasta nu are niciun sens, deoarece, cum remarca May, „cum poate fi liberă partea, fără ca întregul să fie liber?"[8]

Unii terapeuți au încercat să soluționeze dilema, susținând că, deși oamenii au un sentiment subiectiv al libertății și al alegerii (iar terapeutul încearcă să-l amplifice), totuși el e o iluzie – la fel de determinat ca orice altă stare subiectivă. Acesta e tocmai argumentul unor raționaliști ca Hobbes și Spinoza. Hobbes descrie sentimentul uman al libertății ca o fantasmă a conștiinței. „Dacă un titirez învârtit de băieți..., care uneori se rotește, alteori lovește picioarele oamenilor, și-ar da seama de propria mișcare, ar crede că mișcarea sa e rezultatul voinței proprii."[9] La fel, Spinoza spunea că o piatră pusă în mișcare de o forță externă care ar avea conștiință și simțuri „s-ar considera pe deplin liberă și ar crede că-și continuă mișcarea doar pentru că așa vrea".[10] Totuși, psihoterapeuții care cred că libertatea este o stare subiectivă iluzorie se pun singuri într-o situație dificilă: deoarece susțin că psihoterapia încununată de succes are ca efect faptul că pacientul *se simte* în posesia unei mai mari libertăți de alegere, ei spun de fapt că scopul terapiei este să creeze (sau să restaureze) o iluzie. Această perspectivă asupra procesului terapeutic este, după cum subliniază May, cu totul incompatibilă cu una dintre valorile supreme ale psihoterapiei: căutarea adevărului și a autocunoașterii.[11]

Modelul psihanalitic al psihicului omite ceva vital, un construct psihologic major ce joacă un rol central în orice parcurs psihoterapeutic. Înainte de a-i da un nume acestui construct, aș dori să-i trec în revistă caracte-

risticele și funcțiile. Capacitatea psihică de a proiecta o acțiune e cea care transformă conștiința și cunoașterea în acțiune, e puntea aruncată între dorință și act. Această stare mentală precede acțiunea (Aristotel).[12] E „organul viitorului" de care dispune mintea – la fel cum memoria este organul mental al trecutului (Arendt).[13] Este puterea de a începe *spontan* o serie de acțiuni succesive (Kant).[14] Este sediul voliției, „motorul responsabil" de dinăuntru (Farber).[15] Este „factorul decisiv în transformarea echilibrului într-un proces de schimbare... un act care se produce între introspecție și acțiune și care este resimțit ca un efort sau ca determinare" (Wheelis).[16] Este asumarea responsabilității – ca opusă conștientizării responsabilității. Este acea parte din structura psihică „capabilă de alegere și de implementarea opțiunilor" (Arieti).[17] Este o forță compusă deopotrivă din putere și dorință, „declanșatorul efortului"[18], „resortul acțiunii".[19]

Acestui construct psihologic îi vom atașa denumirea de „voință", iar exercitării sale îi vom spune „a vrea". Ca să fiu franc, aș fi preferat o denumire mai fericită – una mai simplă, mai puțin controversată, care nu poartă semnele a două mii de ani de polemică teologică și filosofică. „Voință" are dezavantajul unor definiții multiple, adesea contrare. Spre exemplu, Schopenhauer, în opera sa principală, *Lumea ca voință și reprezentare*, consideră voința ca o forță vitală – „un impuls orb, un instinct fără temei și fără motiv"[20]; în vreme ce Nietzsche, în *Voința de putere*, pune semnul de egalitate între „a vrea" și putere și stăpânire: „a voi înseamnă a porunci: gândul poruncii este inerent voinței"[21].

Una dintre sursele mari de controversă e că voința nu poate fi despărțită de libertate, deoarece nu prea are sens să vorbim de o voință neliberă, decât dacă asemenea lui Hobbes și Spinoza, schimbăm sensul lui „voință" astfel încât să devină o stare subiectivă iluzorie mai degrabă, decât facultatea de a vrea. Pe parcursul istoriei, controversa care înconjoară libertatea voinței a reușit întotdeauna să lezeze viziunea dominantă asupra lumii. Deși controversa libertății voinței a continuat fără întrerupere, oponenții conceptului s-au schimbat pe parcursul secolelor. Filosofii greci nu aveau un termen pentru „voința liberă"; conceptul însuși era incompatibil cu credința dominantă în eterna reîntoarcere, cu opinia că, după cum susținea Aristotel, „devenirea presupune necesarmente preexistența a ceva care este potențial, dar nu și actual".[22] Fataliștii stoici, care credeau că orice este sau

 va fi „trebuia să fie", respingeau conceperea omului ca un agent înzestrat cu voință liberă. Teologia creștină nu a putut să reconcilieze credința în Providența divină, într-un Dumnezeu omniscient și omnipotent, cu libertatea voinței. Mai târziu, libertatea voinței s-a lovit de pozitivismul științific, cu credința lui Isaac Newton și a lui Pierre Laplace într-un univers explicabil și predictibil. Ulterior, ideea hegeliană a unei istorii ca progres necesar al spiritului universal a intrat în coliziune cu ideologia voinței libere care, prin însăși natura sa, respinge necesitatea și susține că orice *a fost* sau *este* putea *să nu fi fost*. În fine, voința liberă se opune tuturor sistemelor deterministe, fie că ele se bazează pe principii economice, comportamentale sau psihanalitice.

Termenul „voință" ridică psihoterapeutului o problemă. A fost alungat de atâta vreme din lexiconul terapeutic, că, atunci când este invocat, clinicianul are dificultăți în a-l recunoaște – ca și cum ar fi fost o veche cunoștință care se întoarce din exil. De asemenea, poate că nici clinicianul nu e sigur că vrea să-l recunoască. Cu mulți ani în urmă, „voință" a fost înlocuit de „motiv", iar terapeuții au învățat să explice acțiunile pe baza motivelor. Astfel, comportamente precum paranoia sunt „explicate" (altfel spus, cauzate) de către o motivație inconștientă dată de impulsuri homosexuale; exhibiționismul genital este „explicat" de angoasa inconștientă a castrării. Și totuși, explicarea comportamentului pe baza motivelor revine la a absolvi individul de responsabilitatea supremă pentru acțiunile sale. Motivația poate influența, dar nu poate înlocui voința; în pofida unui motiv sau altuia, individul are totuși opțiunea de a se comporta sau nu în consecință.

Deși prezintă numeroase probleme, niciun alt termen nu se potrivește scopurilor noastre afară de „voință". Definițiile voinței pe care le-am citat mai devreme („declanșatorul efortului", „resortul acțiunii", „motor responsabil", „sediul voliției") descriu foarte bine un construct psihologic la care psihoterapeutul apelează. Mulți au remarcat conotațiile bogate ale termenului „voință".[23] El aduce cu sine determinare și angajament – *„o voi face"*. Devenit verb, „a vrea" conotează voliția. Ca verb auxiliar stă pentru timpul viitor. Un „testament"* reprezintă efortul final al cuiva de a se proiecta în viitor. Descrierea nimerită a lui Hannah Arendt, în care voința apare

* În limba engleză, cuvântul „testament" poate fi echivalat cu *„last will"*, în traducere literală „ultima voință". (*N. t.*)

ca „organ al viitorului", are consecințe cât se poate de importante pentru terapeut, deoarece timpul viitor este timpul propriu al schimbării terapeutice. Memoria („organul trecutului") e preocupată de obiecte; voința este preocupată de proiecte; și după cum sper să demonstrez, psihoterapia eficace trebuie să se concentreze la fel de mult pe *relațiile proiectate*, pe cât se concentrează asupra *relațiilor de obiect*.

Clinicianul și voința

Dacă voința e „motorul responsabil" (ceea ce cred că e o definiție foarte utilă a „voinței") și dacă terapia necesită evoluție și schimbare, atunci terapeutul, indiferent de sistemul său de referință, trebuie să încerce să influențeze voința.

Întorcându-ne un moment la capitolul anterior, referitor la responsabilitate, am dori să ne întrebăm ce se întâmplă când clinicianul reușește să-și ajute pacientul să realizeze că fiecare e principalul responsabil pentru propria viață? Cea mai simplă alternativă aflată la îndemâna terapeutului este cea exortativă: „Ești responsabil pentru ce ți se întâmplă în viață. Comportamentul tău, după cum știi și tu, e cel ce te va ucide. Nu e în interesul tău. Nu e ce vrei pentru tine. Schimbă-l, la naiba!"

Așteptarea naivă ca individul să se schimbe ca urmare a unei astfel de abordări izvorăște direct din credința filosofiei morale că, dacă vom cunoaște cu adevărat binele (altfel spus, ce e cu adevărat în propriul interes), atunci vom acționa în consecință. („Când acționează voluntar, omul acționează în concordanță cu un bine imaginat." [Toma d'Aquino]) Ocazional, realmente ocazional, abordarea exortativă este eficace. Indivizii care se schimbă ca urmare a unei terapii individuale de scurtă durată sau, mai ales, ca urmare a unei experiențe de grup scurte (care se focalizează în special pe sesizarea propriei responsabilități) se schimbă datorită unui astfel de apel la voința conștientă.

Așa cum voi arăta în continuare, „voința" văzută ca „autocontrol" constituie doar un strat îngust al „voinței". Așa cum observa și William James[24], „o voință deliberativă, înceată și cu un suflu greu" nu poate aduce prea multe schimbări. Psihopatologia severă nu va putea fi convinsă de niște simple îndemnuri la schimbare; aici e nevoie de un plus de energie terapeutică. Unii psihoterapeuți ar putea încerca să sporească eficien-

 ţa terapiei insistând asupra faptului că *numai şi numai* pacientul este responsabil pentru ceea ce i se întâmplă. Nu doar că este responsabil, dar este *singurul* responsabil. De aici reiese că pacientul este *singurul* responsabil şi pentru schimbarea lumii sale. Cu alte cuvinte, nimeni altcineva nu poate să-i modifice universul. Aşadar, dacă vrei să schimbi ceva, trebuie să treci la treabă.

Acest apel la voinţă poate cauza un anumit şoc sau o anumită emoţie pacientului, dar este îndeobşte insuficient pentru o evoluţie susţinută, iar terapeutul va avea de parcurs drumul lung al unei terapii lipsite de rezultate notorii. Deşi tacticile, strategia, mecanismele şi scopurile concrete depind de orientarea psihoterapeutică şi de stilul personal al terapeutului, susţin că terapia este eficace doar în măsura în care influenţează voinţa pacientului. Terapeutul se poate focaliza în mod explicit pe interpretare şi cunoaştere, confruntare interpersonală, dezvoltarea unei relaţii de încredere în care să se manifeste grija sau pe analiza comportamentului interpersonal neadaptat, însă fiecare în parte poate fi considerat ca un demers care influenţează voinţa (folosesc deliberat termenul „a influenţa" în loc de „a crea" sau „a genera". Terapeutul nu poate crea voinţă şi nici să insufle voinţă pacientului; ceea ce poate să facă e să elibereze voinţa – să înlăture jugul pus pe voinţa limitată a pacientului).

Sunt încă destul de vag. În activitatea mea clinică, gândesc libertatea, motorul responsabil din interiorul pacientului, ca pe o turbină închisă şi ascunsă în straturi groase de metal. Ştiu că partea vitală, aflată în mişcare se găseşte adânc, în inima maşinii. Eu îi dau târcoale uimit. Încerc să o influenţez de departe prin îndemnuri, ciocănind, lovind, descântând sau îndeplinind acele ritualuri despre care am fost făcut să cred că o pot influenţa. Aceste ritualuri necesită multă răbdare şi credinţă oarbă – mai multă decât terapeuţii liber-cugetători de azi sunt capabili să accepte. E necesară o abordare mai rapidă, mai expeditivă a voinţei. În restul capitolului voi încerca să demontez turbina şi să examinez voinţa în forma sa nudă, separând demersurile terapeutice care conduc la schimbare de cele rituale şi decorative.

Din cauza exilării îndelungi a „voinţei" din vocabularul psihologico-psihoterapeutic, voi încerca înainte de toate să schiţez contururile unei psihologii a voinţei. Voi examina observaţiile clinice asupra voinţei realizate de către marii teoreticieni ai psihoterapiei – Otto Rank, Leslie Farber şi Rollo

May –, iar mai apoi, luând descoperirile lor ca ghid, voi discuta strategiile clinice și tacticile unei psihoterapii în stare să influențeze voința.

Către o înțelegere clinică a voinței: Rank, Farber și May

Otto Rank – Terapia voinței

Orice discuție a voinței în travaliul clinic trebuie să facă referire la contribuțiile lui Otto Rank, deoarece el a fost cel care a introdus conceptul de voință în psihoterapia modernă. Rank s-a alăturat lui Freud în 1905, fiind unul dintre primii săi discipoli și a rămas printre cei mai apropiați asociați ai săi până în 1929, când diferențele în idei au creat o prăpastie de netrecut între cei doi. Un analist laic și umanist, cu un spectru larg de interese și cunoștințe, Rank poseda o intensitate intelectuală care, combinată cu ochii săi pătrunzători, impresiona atât discipolii, cât și pacienții. Poziția sa de editor al principalei publicații psihanalitice și de fondator și director al Institutului Psihanalitic din Viena l-a făcut un personaj extrem de influent în momentele timpurii ale dezvoltării psihanalizei. Însă în Statele Unite, datorită unor traduceri jalnice ale principalelor sale opere în domeniul psihoterapiei, care acum (aproape din fericire) nu mai sunt în librării, soarta nu i-a fost prielnică lui Rank. Deși a constituit o forță intelectuală influentă în cadrul Colegiului de Asistență Socială din Pennsylvania, până la Ernest Becker[25], mai recent, nimeni nu a mai vorbit despre el. Becker îl considera pe Rank un geniu nefericit care încă așteaptă în culise; și într-adevăr, am rămas cu răsuflarea tăiată când i-am citit scrierile, mai ales cărțile sale *Terapia voinței* și *Adevăr și realitate*.[26]

Sistemul lui Rank referitor la comportament și terapie este construit în jurul conceptului de voință. El e mult prea complex pentru a permite, într-un spațiu restrâns, mai mult decât un scurt rezumat al chestiunilor relevante din punct de vedere clinic. Depărtarea sa de Freud a fost rezultatul dezacordului cu determinismul său psihologic. Deși Freud credea despre comportament că este rezultanta mecanică a unor pulsiuni opuse, în cadrul eului a fost introdus pe furiș, după cum am remarcat anterior, un homunculus. Rank a ales ca punct de plecare tocmai acest homunculus cu puteri executive, pe care l-a botezat „voință". El a păstrat concep-

 ția pulsiunilor instinctuale, dar le-a plasat sub autoritatea voinței: „Înțeleg voința ca o organizare pozitivă și care oferă călăuzire, care utilizează creativ, dar, totodată, inhibă și controlează pulsiunile instinctuale".[27] Rank a fost mai preocupat de rezultatul terapeutic, decât de construcția unui model al minții, și era convins că determinismul psihologic strict e incompatibil cu psihoterapia eficace. O procedură terapeutică dedicată descoperirii influențelor asupra pacientului (atât istorice, cât și inconștiente), insistă Rank, poate avea ca rezultat doar *evitarea* de către pacient a responsabilității și scăderea capacității sale de acțiune: „E uimitor cât de mult se dovedește a fi cunoașterea posedată de pacient și cât de puțin contează inconștientul, atunci când nu îi oferim această scuză comodă pentru neasumarea responsabilității".[28] Rank sugerează că teoria lui Freud ridică inconștientul la rangul unei funcții care dizolvă responsabilitatea, o funcție deținută de divinități în sistemele anterioare de gândire:

> *Inconștientul, după cum o arată sensul originar al cuvântului, e un concept pur negativ, care desemnează ceva ce nu e momentan conștient, dar teoria lui Freud l-a transformat în cel mai puternic factor al vieții psihice. Însă o astfel de concepție nu se întemeiază pe nicio experiență psihologică, ci pe o nevoie morală, cea de a găsi un înlocuitor acceptabil pentru conceptul de Dumnezeu, care eliberează individul de responsabilitate.*[29]

Dezvoltarea voinței. Opinia lui Rank era că voința apare în dezvoltarea individului în relație cu pulsiunile instinctuale. Formarea voinței este influențată de maniera în care părinții tratează problema educării pulsiunilor. La început, comunitatea în care trăiește copilul e preocupată de restricționarea vieții sale pulsionale, astfel încât să-l facă apt să trăiască în comunitate. Copilul răspunde acestor restricții impuse de părinți printr-o forță de sens contrar: avem aici de a face cu începutul voinței sau, cum o numește Rank, „voința negativă".[30] Treptat, copilul începe să capete un control asupra propriilor pulsiunile și decide, de pildă, datorită dragostei față de părinți, să își înfrâneze impulsurile agresive. Astfel, funcția voinței este pentru început inextricabil legată de pulsiune: fie controlează pulsiunea, fie rezistă încercărilor exterioare de a controla pulsiunea. Și viața emoțională a copilului, susținea Rank, se dezvoltă în relație cu pulsiunile. Emoțiile sunt diferite de pulsiuni; încercăm să ne satisfacem pulsiuni-

le, însă încercăm să ne prelungim sau să ne înăbușim emoțiile. (Rank se referea la emoțiile plăcute, însă nu le discută pe cele inconfortabile). Prin urmare, „viața emoțională corespunde, putem spune, unei vieți pulsionale inhibate sau îngrădite".[31]

Din acest motiv, Rank sugerează că viața emoțională e o imagine în oglindă a vieții pulsionale, în vreme ce voința este o entitate separată, cu funcții executive egale ca putere sistemului pulsional.[32] Mai târziu, Rank a numit voința „o pulsiune al eului".[33] Rank încerca să se smulgă din sfera gravitațională a lui Freud, însă nu a putut renunța la teoria freudiană a pulsiunilor. Continuând să folosească compartimentarea psihică, Rank și-a creat dificultăți: voința, o activitate liberă, este descrisă ca „o pulsiune a eului" – un termen care creează tot atâta confuzie câtă claritate oferă.

Rank socotea relația copil–părinte și chiar întregul proces de asimilare – împreună cu relația terapeutică, după cum vom vedea – drept o luptă a voințelor, și cerea părinților să dea toată atenția acestei probleme. Voința negativă nu trebuie distrusă, ci acceptată de o manieră care să o transforme într-o voință pozitivă, „creatoare".

Rank a subordonat celelalte probleme ale vârstelor mici luptei fundamentale între voințe. „Cea mai importantă semnificație a complexului Oedip este cea a unui amplu conflict, poate primul, între individul aflat în creștere și voința de semn contrar a unui cod moral milenar, reprezentat de părinți." El a continuat (ironic): „Copilul trebuie să i se supună, nu pentru a-și lăsa tatăl în viață și a nu se căsători cu mama, ci pentru ca, în general, să-și dea seama că nu poate să facă orice dorește și că nu trebuie să cedeze orbește în fața voinței".[34]

Rank descrie trei stadii în dezvoltarea voinței: (1) voința contrară – opoziția față de voința altuia, (2) voința pozitivă – a voi ce trebuie, (3) voința creativă – a voi ce dorești. Scopul educației copilului (și al terapiei) este să transforme primele două stadii în voință creativă. „Greșeala" majoră în educația copilului, sugerează Rank, constă în distrugerea vieții pulsionale și a voinței timpurii (voința „contrară" sau „începutul" voinței). Dacă părinții își învață copilul că exprimarea pulsiunilor este indezirabilă și că orice voință contrară este rea, copilul suferă două consecințe: suprimarea întregii sale vieți emoționale și încremenirea voinței, care e încărcată de vinovăție. Copilul devine mai apoi un adult care își suprimă emoțiile și consideră însuși actul de a voi drept ceva rău și interzis. Consecințele sunt

 de o importanță maximă pentru terapeutul care consultă pacienți incapabili să simtă și, din cauza vinovăției, să vrea.

Sistemul nosologic al lui Rank este bazat pe capriciile dezvoltării voinței. El a descris trei tipuri fundamentale de caracter: creativ, nevrotic și antisocial. Caracterul creativ are acces la emoții și vrea ce dorește. Caracterul nevrotic are voința prinsă în mrejele vinovăției și o viață emoțională inhibată. Caracterul antisocial are o voință inhibată și este dominat de pulsiuni.

Voința și psihoterapia. Rank credea că atât Freud, cât și Alfred Adler au făcut voința să dispară. Freud a interpretat voința ca o pulsiune sexuală sublimată, iar Adler a văzut-o ca pe o tendință compensatorie care ajustează sentimentul de inferioritate al copilului. Ambii au „redus prin explicație" voința, considerând-o ca o funcțiune derivată. Prin contrast, Rank a propus o „voință a priori" și a subliniat rolul central al voinței nu numai în dezvoltarea copilului, ci și în terapie (pe care o consideră ca derulându-se întotdeauna pe fundalul voinței).

Rank privea interacțunea terapeut-pacient în bună măsură similar cu relația părinte-copil. În terapie, „cele două voințe intră în conflict și fie una o învinge pe cealaltă, fie rămân încleștate într-o luptă pentru supremație".[35] Scopul terapiei trebuie să fie în cazul nevroticilor să învețe să vrea și, mai presus de toate, să învețe să vrea fără să se culpabilizeze.[36] Rank a observat că vinovăția intră pe scena terapeutică încă din primele ședințe. Începuturile curei sunt „nimic altceva decât uvertura unui mare duel al voințelor, în care prima victorie aparentă asupra pacientului cu voință slabă este răzbunată amarnic de nenumărate ori".[37] Pacientul intră în conflict cu terapeutul și își dorește atât să reziste, cât și să se supună. Freud, era de părere Rank, a greșit prin urmare grav, deoarece a ignorat acest conflict de voințe: „Bătălia pentru supremație [între analist și pacient] este așa de limpede că doar dorința de a n-o vedea poate explica neglijarea sa de către Freud".[38] În loc să întărească voința, credea Rank, tehnica freudiană o subminează în două moduri: prin procedurile sale de bază și prin gestionarea „rezistențelor".

Înainte de toate, Rank intuia că procedura de bază a psihanalizei – o procedură care cerea o stare de „lipsă de voință" atât din partea pacientului, cât și a terapeutului – acționează în direcția slăbirii voinței. „Regula de bază a asocierii libere spune clar că trebuie eliminat puținul de voință încă nesubminat de nevroză, astfel încât pacientul să se abandoneze

inconștientului, de care să fie călăuzit..."[39] (Acest comentariu devansează criticile ridicate la adresa psihanalizei zeci de ani mai târziu: spre exemplu, Sylvan Tomkins vorbea despre psihanaliză ca despre o „educare sistematică a indeciziei"[40], iar Allen Wheelis spunea că „savanții zilelor noastre se întind pe canapea însă făcând asta, uneori, nu își mai pun osul la treabă".[41])

Pe parcursul terapiei, pacientul se opune la ceea ce percepe a fi voința terapeutului. Freud a etichetat această opoziție drept „rezistență", considerând-o un obstacol, și sugerează varii tehnici (răbdare, îndrumare, interpretare) pentru a o depăși. Pentru Rank, această abordare a rezistenței a constituit o greșeală importantă: el credea că protestele pacientului sunt manifestări valabile și importante ale voinței contrare și, în această calitate, nu trebuie eliminate, ci sprijinite și transformate în voință creativă. „Sarcina terapeutului e de a acționa în așa fel încât voința pacientului să nu fie înfrântă, ci întărită."[42] Dacă terapeutul încearcă să forțeze pacientul să procedeze „corect", atunci pacientul se va opune, iar cura va eșua. (Desigur, în această susținere, putem găsi germenii tehnicii „paradoxului" din terapia de azi.) Ca atare, Rank sprijinea toate manifestările voinței pacientului: dacă pacientul rezista sau solicita încetarea curei, Rank avea grijă să sublinieze că, în opinia sa, aceste atitudini reprezintă un progres. El declara: „Nevroticul nu poate voi fără vinovăție. Situația nu poate fi schimbată de el însuși, ci doar în cadrul relației cu un terapeut care acceptă voința pacientului, care o justifică, i se supune și îi revelează caracterul bun".[43]

Una dintre situațiile în care voințele pacientului și ale terapeutului se ciocnesc obligatoriu este încheierea terapiei. Unii pacienți aleg să încheie abrupt; alții refuză să încheie și, dacă e necesar, se agață de propria simptomatologie, opunându-se eforturilor terapeutului de a termina cura. Rank era de părere că acest conflict de voințe posedă un potențial terapeutic important, care, din păcate, trebuie să fie lăsat pentru sfârșitul terapiei – și uneori chiar rămâne cu totul în afara terapiei. Nu ar fi însă mai rațională transferarea acestui conflict de voințe în centrul arenei terapeutice, chiar la începutul terapiei? Rank a încercat să facă tocmai acest lucru, stabilind de la începutul terapiei o „limită de timp". „Stabilirea sfârșitului" fixa astfel faza finală a terapiei încă de la începutul curei.

Aceste strategii terapeutice ținând de voință reprezintă doar un aspect al abordării terapeutice a lui Rank. Voi discuta mai târziu perspectiva aces-

 tuia asupra „experienței", asupra importanței timpurilor verbale ale prezentului și viitorului, ca și asupra relației terapeutice.

În eforturile sale de a contracara ceea ce considera că, la Freud și Adler subminează voința și responsabilitatea, Rank a supraestimat poate rolul autocontrolului și al caracterului voluntar. În general, pacienții nu se schimbă în cadrul terapiei ca urmare a unui act conștient de voință. De fapt, ceea ce este foarte contrariant pentru terapeut (și înnebunitor pentru cercetător) e că schimbarea are loc în subteran, dincolo de orizontul terapeutului sau al pacientului.

Este schimbarea subterană, „nevoluntară", un act de voință? Tocmai această chestiune, conexiunea între actele voite și schimbarea inconștientă, a fost cea care a creat dificultăți psihologilor care au încercat să construiască o definiție succintă și utilă a voinței. Contribuția lui Leslie Farber la psihologia voinței oferă o corecție la accentul exagerat pus pe voința conștientă.[44] Farber sugerează că eforturile de definire a voinței eșuează deoarece, în realitate, există două domenii ale voinței, atât de distincte, că doar cele mai nereușite definiții le pot pune laolaltă.

Pentru Farber primul domeniu al voinței – și aici stă contribuția sa cea mai importantă – *nu* e trăit conștient în timpul acțiunii, și trebuie inferat abia după *eveniment*; despre acest domeniu se poate spune că e inconștient. Farber îl citează pe H.W. Auden:

> *Când privesc retrospectiv la trei sau patru alegeri din viață care s-au dovedit decisive, găsesc că, atunci când le-am făcut, înțelegeam puțin din importanța lor și doar mai târziu am descoperit că apa ce-mi părea un pârâuaș era de fapt un Rubicon.*[45]

De aceea, Farber sugerează că alegerile din viață (și sunt sigur că la fel crede și despre cele din terapie) nu sunt alegeri făcute conștient. De fapt, doar *post factum* suntem capabili să deducem că atunci a fost vorba de o decizie. Domeniul voinței poate fi conceput ca un curent vital subteran care are o direcție, dar nu și scopuri sau obiective individualizate. Voința animă individul, dar se sustrage observației imediate și directe.

Cel de-al doilea domeniu este dat de componenta conștientă, pe care o trăim în cursul evenimentului. Îi putem descrie, fără dificultăți majore, prezența, forma și magnitudinea. Acest al doilea domeniu al voinței tin-

de spre un scop anume (spre deosebire de primul, care presupune o forță de propulsie pură) și are un caracter utilitar: „Fă așa ca să obții asta". Scopul acestui domeniu al voinței este cunoscut de la bun început (spre exemplu, scăderea în greutate; o schimbare de stil interpersonal sau absolvirea facultății).

Aceste două domenii trebuie abordate diferit în terapie. Al doilea domeniu, cel conștient, este abordat prin îndemnuri și apeluri la puterea voinței, la efort și determinare. Primul domeniu este impermeabil la astfel de îndemnuri și trebuie abordat indirect. Una dintre problemele serioase apare atunci când tehnicile exortative ale celui de-al doilea domeniu sunt aplicate primului domeniu. Farber oferă câteva exemple:

> *Pot să-mi doresc să am cunoaștere, dar nu înțelepciune; să mă culc, dar nu să dorm; să mănânc, dar nu să-mi fie foame; să fiu blând, dar nu smerenia; scrupulozitatea, dar nu virtutea; autoafirmarea sau bravada, dar nu curajul; dorința carnală, dar nu dragostea; compătimirea, dar nu simpatia; felicitările, dar nu admirația; religiozitatea, dar nu credința; cititul, dar nu înțelegerea.*[46]

Aici Farber furnizează terapeutului o analiză extraordinar de importantă, asupra căreia mă voi întoarce de mai multe ori pe parcursul acestui capitol. Totuși, este clar din modul în care se petrec lucrurile în psihoterapie – din clopoțelele „Nu pot" care sună și avalanșa de cărți de self-help ce mizează pe „victoria prin intimidare" – că avertismentul lui Farber nu a fost ascultat și că mulți terapeuți fac greșeala de încerca să determine voința din al doilea domeniu (conștient) să îndeplinească funcțiile voinței din primul domeniu.

Rollo May – dorința și voința

Excelenta carte a lui Rollo May *Love and Will* [*Dragoste și Voință*] este plină de observații clinice pătrunzătoare, printre care se numără și încorporarea „dorinței" în psihologia voinței.[47] May ne reamintește că dorința precede voința, că nu poate exista o acțiune cu sens fără o dorință anterioară.[48] Voința nu e doar o putere sau o hotărâre, ci o potențialitate, deci ceva îndeaproape legat de viitor.[49] Prin voință ne proiectăm în viitor, iar dorința inițiază acest proces. Dorința este „acceptarea că vrem ca viitorul

 să fie așa și așa; este capacitatea de a extrage din adâncurile noastre preocuparea care țintește să schimbe viitorul".[50]

E important să distingem „dorința" lui May de dorința, altfel definită, care joacă un rol important în modelul psihanalitic al minții. Freud se referea la dorință în metapsihologia sa ca la „reprezentarea mentală a unei pulsiuni". Dorința este înclinația de a diminua tensiunea, după cum o spunea Freud în mod repetat.[51]

Cea mai bună expunere a acestei poziții se găsește în frecvent citatul capitol 7 din *Interpretarea viselor*[52], în care Freud declară limpede că, în viziunea sa, omul funcționează potrivit principiului conservării: cu alte cuvinte, omul încearcă să mențină constant nivelul excitației corticale. Când există un dezechilibru (de pildă, când un copil este flămând), organismul are „dorința" de a fi hrănit, și acționează așa încât să restabilească echilibrul (de exemplu, strigă sau emite tot felul de semnale de disconfort). Treptat, pe măsură ce foamea este urmată repetat de hrănire, copilul dobândește o reprezentare vizuală (o imagine sau o „halucinație") a hrănirii. Mai târziu, sub presiunea principiului realității, copilul învață să își amâne satisfacerea, evocând reprezentarea vizuală a experienței hrănirii. Dorința și satisfacerea sa temporară, internă, susține Freud, sunt punctul de început al gândirii. Dorința poate exista pe varii niveluri ale conștiinței. O dorință inconștientă este o reprezentare mentală a unei pulsiuni izvorâte din Se. Dorințele conștiente sunt de regulă formațiuni de compromis – altfel spus, dorințele inconștiente sunt temperate și modelate de Supraeu și de porțiunile inconștiente ale Eului. Prin urmare, pentru Freud, dorința este o forță neliberă, asemănătoare unui tropism.

Sartre a criticat teoria lui Freud asupra refulării pe motiv că a omis tocmai eul. „Cum poate exista minciună fără mincinos?", întreba Sartre. Sau înșelare fără înșelător? Sau negare fără negator? Concepția lui Freud asupra dorinței este pasibilă de aceleași critici: cum poate exista o dorință fără un doritor?

May subliniază că dorințele diferă de nevoi, forțe sau tropisme într-un aspect important: dorințele au sens. Indivizii nu doresc orbește. Un bărbat nu dorește pur și simplu, de pildă, sexul cu o femeie: pe una o găsește atrăgătoare, pe alta respingătoare. Dorința e selectivă și extrem de individualizată. Dacă bărbatul dorește relații sexuale indiferent de femeie, atunci e ceva grav cu el. O astfel de stare e fie rezultatul unor presiuni ex-

traordinare datorate mediului, cum e cazul cu soldații încartiruiți multă vreme la o bază arctică izolată,[53] fie e rezultatul psihopatologiei: persoana renunță la libertate și nu mai e conducătorul, ci cel condus. Tocmai această „dorință" fără doritor e ceea ce numim nevroză. Este ceea ce voia să spună May, când afirma că „problemele țin de sensul simbolic, și nu de pulsiunile Sinelui".[54]

Dorința, pe care May o definea drept „contemplarea imaginară a posibilității unui act sau a unei stări", [55] este primul pas în procesul volitiv. Doar după apariția dorinței, individul poate să apese pe „butonul care declanșează angajarea" și poate să inițieze restul actului volitiv: angajarea și alegerea, care sfârșesc în acțiune.

> *„Dorința" oferă căldură, conținut, imaginație, joc de copil, prospețime și bogăție „voinței". „Voința" oferă autonomie și maturitate „dorinței". Fără „dorință", „voința" își pierde vitalitatea, viabilitatea, și tinde să se stingă ca urmare a contradicțiilor interne. Dacă ai doar „voință" și nicio „dorință", devii sec, victorian, neopuritan. Dacă ai doar „dorință" și nu „voință", ești o persoană compulsivă și infantilă, care, în calitate de adult rămas copil, poate deveni un om-robot.*[56]

Voința și activitatea clinică

Voința nu e un concept ezoteric, interesant doar pentru pacienții și terapeuții exotici, ci, în mai multe moduri, intervine în terapia oricărui pacient. Unii pacienți recurg la terapie din cauza problemelor cauzate de o voință dezorganizată. Desigur, deoarece voința nu are un loc rezervat în nosologia standard, problema nu este discutată în acești termeni. Individul poate fi în schimb considerat ca obsesiv-compulsiv și ca forțat de presiuni externe să acționeze împotriva propriei voințe. Altcineva poate fi indecis, incapabil să dorească, să poftească pentru el însuși ceva sau să acționeze. Un altul poate fi prins în ghearele unei decizii foarte dificile. Altul poate fi timid, rușinos, neasertiv sau invadat de vinovăție când încearcă să vrea. Cum sugera și Rank, un individ poate să fi învățat devreme în viață că exprimarea pulsiunilor e rea și să fi generalizat verdictul negativ la întregul domeniu al voliției.

Chiar dacă în tabloul clinic cu care pacientul se prezintă la cabinet nu sunt vizibile tulburări ale voinței, problema voinței va apărea inevitabil

 în cadrul psihoterapiei. Voința este inerentă chiar în actul schimbării. Într-un anumit punct, pacientul trebuie să-și clarifice ce anume dorește cu adevărat, trebuie să se angajeze într-o anumită direcție, trebuie să adopte o poziție, să aleagă, să spună „da" la ceva și „nu" la altceva. De asemenea, voința își face apariția în orice relație terapeut-pacient. Deși Rank a exagerat atunci când a caracterizat terapia ca un „duel al voințelor",[57] el a avut o contribuție valoroasă prin aceea că a atras atenția asupra acestui aspect important din procesul terapeutic. Unii pacienți și terapeuți chiar își încrucișează săbiile în materie de dominație, iar în aceste cazuri observațiile lui Rank devin relevante. Rezistența sau obstinația din partea pacientului ne e întotdeauna o piedică în calea terapiei și nici nu trebuie analizată pentru a o face să dispară. După cum Rank sugerează, este vorba în schimb de o poziție pe care pacientul o adoptă, iar acceptând și consolidând acea poziție, terapeutul poate augmenta capacitatea pacientului de a dori ceva fără să se mai culpabilizeze.

Unul dintre obstacolele pe care terapeutul le are de trecut în acceptarea teoriei voinței este credința greșită că „voința" e sinonimă cu „stăpânirea de sine". Însă, așa cum ne arată concepția lui Farber despre cele „două domenii", actul de a vrea implică mai mult decât o voință conștientă, care ne face să strângem din dinți pentru a avansa. În realitate, după cum voi arăta în curând, o examinare a sensului și a originilor lui „a vrea" ne va conduce în sfera celor mai adânci preocupări inconștiente. Însă nici actele inconștiente de voință nu survin fără determinare și dedicație. Schimbarea fără efort e imposibilă; pacientul trebuie să se urnească pentru a veni la cabinet, să plătească bani, să poarte povara responsabilității, să aibă experiența conflictului și angoasa care acompaniază inevitabil orice travaliu terapeutic. Pe scurt, mașinăria terapeutică nu posedă o transmisie automată, lină și fără zgomote; este nevoie de efort, iar voința e „declanșatorul efortului".

Conceptul de voință este atât de cuprinzător și de aglomerat, că despre el, ca entitate, putem comenta doar la modul general și banal. Pentru a-l pune în discuție de o manieră utilă clinicii, va trebui să ne îndreptăm atenția separat către părțile sale componente. Tratatul filosofic al lui Hannah Arendt despre voință ne furnizează o cale naturală de acces:

> *[Există] două moduri complet diferite de a înțelege facultatea voinței; pe de o parte, ca o facultate a alegerii între obiecte sau scopuri, liberul-arbitru care arbi-*

trează între diferitele scopuri și deliberează liber cu privire la mijloacele de a le atinge; și, pe de altă parte, ca „facultatea de a începe spontan o serie în timp" (Kant) sau ca „initium ut esset homo creatus est" (Sf. Augustin), capacitatea omului de a începe ceva deoarece el însuși e un început.[58]

Aceste două moduri de a înțelege voința – ca „începerea spontană a unei serii în timp" și ca alegere între scopuri date ori a modalităților de a le atinge – au aplicații clinice evidente și valoroase. Lucrurile sunt inițiate prin *dorință* și sunt realizate prin *alegere.*

Scopul clinicianului este schimbarea (acțiunea); acțiunea responsabilă începe cu *dorința*. Persoana poate acționa pentru sine, câtă vreme are acces la dorințele proprii. Dacă acest acces lipsește și persoana nu poate dori, atunci nu se va putea nici proiecta în viitor, iar voliția responsabilă e înăbușită. În momentul în care dorința se materializează, procesul volitiv este lansat, iar la sfârșit el se transformă în acțiune. Cum putem califica acest proces de transformare? Procesul delimitat de dorință și acțiune implică angajare; el implică „înscrierea mea pe traiectoria realizării".[59] Cei mai potriviți termeni mi se par „decizie" și „alegere"*, utilizați atât de clinician cât și de specialiștii în științe sociale. A decide înseamnă că va urma o acțiune. Dacă nu urmează nicio acțiune, atunci înseamnă că nu a existat o decizie veritabilă. Dacă dorința se ivește fără acțiune, atunci nu se voiește cu adevărat. (Dacă acțiunea are loc fără dorință, nici atunci nu se vrea; există doar activitate pulsională.)

Oricare dintre aceste faze volitive – dorința și decizia – poate fi segmentată într-un număr de moduri, fiecare cu un tablou clinic diferit și fiecare necesitând o abordare terapeutică diferită.

Dorința

— Ce mă fac? Ce mă fac?
— Ce te oprește să faci ce vrei?
— Dar nu știu ce vreau! Dacă aș ști, nu aș fi aici!

---

33 Voi folosi termenii „decizie" și „alegere" în același sens. Termenii sunt sinonimi, dar fiecare provine dintr-o tradiție diferită: „alegere" este termenul preferat de filosofi, iar „decizie" termenul social-psihologic. Folosindu-i interschimbabil, ei vor reflecta eforturile mele de a îmbina cele două discipline.

Cât de des are parte terapeutul de un astfel de scenariu? Cât de des lucrează terapeuții cu pacienți care știu ce ar fi bine să facă, ce se cade să facă sau ce au de făcut, dar nu au nicio trăire privitor la ce *vor* să facă. A lucra cu acești indivizi afectați de o incapacitate profundă de a dori înseamnă o experiență deosebit de frustrantă, și puțini sunt terapeuții care nu au împărtășit înclinația lui May de a striga: „Nu *vrei* niciodată nimic?!"[60] Individul cu dorințele blocate are dificultăți sociale enorme. Și alții doresc să strige la astfel de persoane. Ei nu au opinii, înclinații sau dorințe proprii. Devin paraziții dorințelor celorlalți, iar ceilalți devin într-un final plictisiți, secătuiți sau obosiți de faptul că trebuie să le furnizeze dorință și imaginație.

„Incapacitatea" de a dori este o expresie mult prea tare. Cel mai adesea, individul nu are încredere în ce simte sau își suprimă propriile dorințe. Mulți oameni, într-un efort de a părea puternici, decid că e mai bine să nu dorească; dorința îi face vulnerabili sau îi demască: „Dacă nu am dorințe, nu voi fi niciodată slab". Alții, demoralizați, se insensibilizează la experiențele interne: „Dacă nu doresc, nu voi fi niciodată dezamăgit sau respins". Alții își îngroapă dorințele în speranța infantilă că cei ce au veșnic grijă de ei vor fi capabili să le ghicească dorințele. A avea pe cineva care să ne satisfacă dorințele neexprimate oferă o siguranță nemărginită. Alții se tem atât de mult să nu fie abandonați de către persoanele ce-i veghează, că își refulează orice exprimare a dorinței personale. Ei nu își dau dreptul la dorință, ca și cum dorința lor ar irita, amenința sau îndepărta pe ceilalți.

Incapacitatea de a dori sau de a-ți simți propriile dorințe nu a fost discutată pe larg și explicit în literatura clinică; în general, ea e inclusă într-o tulburare globală – incapacitatea de a simți. Psihoterapeutul întâlnește frecvent pacienți care par incapabili să simtă sau să își exprime sentimentele în cuvinte. Ei nu pot să diferențieze între diferite afecte și par să resimtă la fel bucuria, mânia, mâhnirea, nervozitatea și așa mai departe. Nu își pot localiza senzațiile în corp și suferă de o lipsă frapantă de fantasme legate de pulsiuni și afecte interne. În 1967, Peter Sifenos a sugerat un termen, „alexitimie" (care în greacă înseamnă „lipsa cuvintelor pentru sentimente"), pentru acest tablou clinic; iar de atunci, s-a acumulat o cantitate importantă de studii despre pacientul alexitimic.[61] Pacientul care suferă de somatizări reprezintă tipul predispus la alexitimie, deși mulți pacienți alexitimici manifestă și alte tablouri clinice.

Exprimarea afectului a fost întotdeauna considerată o parte importantă a psihoterapiei. În 1895, Freud a postulat în *Studii despre isterie*, pentru prima dată, că isteria e cauzată de prezența unui afect puternic în individ (care rezultă, de pildă, dintr-o traumă).[62] Spre deosebire de majoritatea reacțiilor emoționale puternice, care sunt eliminate în urma „detensionării normale prin abreacție", acest afect particular persistă și e refulat în inconștient. În momentul în care acest lucru se întâmplă, este violat „principiul constanței"*: nivelul de excitație intracerebrală este crescut, iar individul, pentru a restabili echilibrul, dezvoltă un simptom care furnizează un debușeu simbolic pentru tensiune. De aceea, simptomatologia psihiatrică este cauzată de un „afect înăbușit", iar tratamentul psihiatric trebuie să constea în eliberarea afectului sechestrat, lăsându-l să pătrundă în conștiință și să fie descărcat prin catharsis.

Deși aceasta era doar prima formulare freudiană a mecanismului terapeutic și deși a realizat rapid că *per se* catharsisul este un instrument terapeutic insuficient, această formulare e atât de elegantă în simplitatea sa, că a persistat de-a lungul deceniilor. Cu certitudine, e o viziune populară care apare în nenumărate filme de la Hollywood. Perspectiva contemporană este că, deși catharsisul nu produce prin sine o schimbare, el joacă un rol necesar în procesul terapeutic. Desigur, există cercetări considerabile care vin în sprijinul acestor perspective. De pildă, împreună cu o serie de colegi, am studiat o serie de pacienți care avuseseră parte de rezultate psihoterapeutice bune.[63] Într-un efort de a delimita mecanismele terapeutice eficace, am construit o listă de șaizeci de itemi (vezi capitolul 6) și am cerut pacienților să îi ierarhizeze în ordinea importanței pentru schimbare. Din cei șaizeci de itemi, pacienții i-au ales pe cei legați de „catharsis" pe locul al doilea și al patrulea în ierarhia importanței mecanismelor.

Mai recent, a existat o explozie a noilor terapii (spre exemplu, terapia Gestalt-ului, cea a trăirilor intense[64], cea implozivă[65], cea bioenergetică[66], tehnica expunerii[67], psihodrama, terapia prin strigătul primar[68]) care se aseamănă mult între ele prin aceea că acordă o importanță aparte conștientizării și exprimării sentimentelor. Deși fiecare din aceste terapii vine cu propria justificare pentru accentele puse, ele au în comun, cred, puncte de

* Altfel spus, nevoia organismului de a menține un nivel optim de tensiune.

 vedere importante. Toate susțin că asumarea și exprimarea sentimentelor vin în ajutorul individului în două moduri principale: facilitând relațiile interpersonale și îmbunătățind capacitatea de a dori.

Afectivitate și relații interpersonale

Rolul exprimării afectului în relațiile interpersonale este de la sine înțeles. Problemele semnificative apar pentru individul alexitimic. Ceilalți nu știu niciodată ce simte individul: el le pare lipsit de spontaneitate, rigid, greoi, lipsit de viață și plicticos. Ceilalți se simt împovărați că doar ei trebuie să investească afectiv în relație și încep să se întrebe dacă persoanei blocate chiar îi pasă de ei. Mișcările individului blocat sunt atât de deliberate și lipsite de spontaneitate, încât apar forțate și neautentice. Nu există joc și amuzament, ci doar o conștiință de sine dificilă și greoaie. Cine nu simte nu este căutat de alții, trăind în singurătate, izolat nu doar de sentimentele proprii, ci și de cele ale altora.

Sentiment și dorință

Capacitatea cuiva de a dori e facilitată automat de ajutorul care i se oferă pentru a-i potența afectivitatea. Dorința cere sentiment. Dacă dorințele sunt bazate pe altceva decât pe sentimente, atunci nu mai sunt dorințe, ci imperative, iar persoanei îi este blocată comunicarea cu adevăratul sine.

Un pacient dintr-un grup terapeutic s-a trezit incapabil să înțeleagă un alt pacient care era supărat din cauză că terapeutul său pleca o lună în vacanță. „De ce să te agiți dacă nu poți face nimic?" Cu alte cuvinte, el a plasat și sentimentele, și dorințele pe locul doi, în spatele unui scop util, și spunea de fapt: „Dacă nu se obține nimic util, de ce să doresc și să simt?" Tipul acesta de individ acționează și posedă un simț interior care-l ghidează, dar nu se conduce după glasul dorinței sale. Dorințele sale emană dinafară, nu dinăuntru. Cerințele mediului și dictatul raționalității sunt cele care îi determină stările interne ale dorinței și sentimentului; din afară, acest individ poate apărea mecanic, predictibil și lipsit de viață.

Un alt individ, iar acest lucru e mai vizibil în terapia de grup, poate încerca să afle ce trebuie să simtă sau să dorească prin cunoașterea dorințelor *altuia*, pentru a-l mulțumi. Acești indivizi sunt lipsiți de spontaneita-

te; comportamentul lor este extrem de previzibil și, ca atare, sunt invariabil plicticoși pentru ceilalți.

Dorința e mai mult decât gând sau imaginație fără direcție. Dorința conține un afect și o componentă a unei forțe. Dacă afectul este blocat, persoana nu își mai poate simți dorințele, iar întregul proces volitiv este paralizat. Nimeni nu a pus pe hârtie o descriere mai uimitoare a unui om incapabil să intre în contact cu propriile sentimente decât Sartre, în *Vârsta înțelepciunii*:

> *A împăturit ziarul și s-a apucat totuși să citească pe prima pagină telegrama trimisului special. Erau deja cincizeci de morți și trei sute de răniți și încă nu se terminase, sigur mai rămăseseră cadavre sub dărâmături. Nu aveau avioane, nici antiaeriană. Mathieu se simțea vag vinovat. Cincizeci de morți și trei sute de răniți, oare ce înseamnă asta exact? Un spital plin? Ceva cam ca un grav accident de cale ferată? Cincizeci de morți. Erau mii de oameni în Franța care în dimineața aceea n-au putut să citească ziarul fără să li se pună un nod de furie în gât, mii de oameni care, desigur, și-au încleștat pumnii și au șoptit: „Ticăloșii!" Mathieu și-a încleștat și el pumnii, șoptind: „Ticăloșii!" și s-a simțit mai vinovat. Dacă măcar ar fi reușit să găsească în el o mică emoție vie și modestă, conștientă de limitele ei. Dar nu: era golit de orice emoție; în fața lui se afla o mânie profundă, o mânie deznădăjduită, o vedea, ar fi putut s-o și atingă. Numai că era inertă; ca să trăiască, ca să-și de drumul, să sufere, aștepta ca el s-o găzduiască în trupul lui. Era mânia altora. „Ticăloșii!" Își încleșta pumnii, mergea cu pași mari,* dar *nu reușea, mânia rămânea exterioară. (...) Ceva se pregătește să se înfiripe, poate zările sfioase ale mâniei. Gata! Acel ceva s-a dezumflat, s-a fleșcăit, Mathieu era pustiu, mergea cu pași măsurați, ca într-un alai de înmormântare, la Paris (...) S-a șters pe frunte cu batista și s-a gândit: „Nu poți alege pentru ce anume să suferi". Acolo se petreceau evenimente formidabile și tragice care te obligau să suferi pentru ele... „Nu pot, nu sunt implicat."*[69]

Sentimentul este o precondiție a dorinței, dar nu e identic cu aceasta. Putem simți fără să dorim și, în consecință, fără să voim. Unele din cele mai bine cunoscute personaje „lipsite de dorință" ale literaturii moderne, cum ar fi Meursault din *Străinul* lui Albert Camus sau Michel din *Imoralistul* lui Gide, erau senzualiști hotărâți, însă erau izolați de propriile dorințe și mai ales de dorințele din sfera relațiilor interpersonale. Acțiunile lor erau impulsiv-explozive, iar într-un final, profund destructive, pentru ceilalți, precum și pentru ei înșiși.

Psihoterapia pacienților care au afectele blocate (altfel spus, cei cu sentimentele blocate) este lentă și de uzură. Mai mult decât orice, terapeutul trebuie să persevereze. Repetat, el va trebui să întrebe „Ce simți?", „Ce vrei?" Repetat, el va trebui să exploreze sursele și natura blocajului și a sentimentelor înăbușite din fundal. Blocajul este atât de vizibil, chiar și pentru ochiul unui nespecialist, că ar fi ușor de tras concluzia că sănătatea și împlinirea ar putea să curgă în șuvoaie dacă am putea pur și simplu sparge barajul care ține în spate afectele pacientului. De aceea, mulți terapeuți în căutarea unei breșe au recurs în travaliul cu pacientul care are afectele blocate la noile și sofisticatele tehnici ale Gestalt-ului, ale psihodramei, ale bioenergiei sau ale altor tehnici generatoare de afecte.

Însă funcționează strategia care mizează pe o breșă? Poate terapeutul să dinamiteze apărările pacientului cu afectele blocate, lăsând să curgă emoția zăgăzuită? Am încercat împreună cu colegii mei să testăm acest lucru în cadrul unui proiect de cercetare în care am studiat treizeci și cinci de pacienți aflați în psihoterapii de lungă durată (dintre care mulți aveau afectele blocate și erau prizonierii unei terapii ce stagna), încercând să determinăm dacă o experiență emoționantă poate influența semnificativ cursul ulterior al terapiei individuale.[70] Am introdus în timpul weekendului acești pacienți în câte un grup dintr-un total de trei. Două grupuri foloseau tehnici de întâlnire și gestaltiste care intensificau emoțiile; al treilea, un grup de meditație, profilat pe perceperea propriului corp, a fost folosit în cadrul experimentului pentru control, deoarece furniza un weekend în care lipseau interacțiunea personală și răscolirea sentimentelor. Rezultatele au indicat că, deși weekendul a avut un impact emoțional puternic asupra multor pacienți, totuși impactul nu au fost de durată; nu a existat niciun efect decelabil în cele ce au urmat în cadrul curei.

Ca urmare, deși e important ca în terapie să se intensifice emoțiile, nu există dovezi că o stârnire rapidă a unor afecte intense este terapeutică *per se*. Pe cât am dori contrariul, psihoterapia este o „cicloterapie"[71] – un proces lung, greoi, în care se insistă în cadrul mediului terapeutic asupra acelorași chestiuni și ale cărui rezultate sunt testate în mediul în care trăieș-

te pacientul. Dacă breșa afectivă nu oferă un model terapeutic eficace, nici abordarea opusă nu o face – e vorba despre abordarea sterilă, peste măsură de intelectualizată, extrem de rațională a terapiei. Angrenarea afectivă – Franz Alexander o numea „experiența corectivă emoțională"[72] – este o componentă necesară a terapiei de succes. Deși mulți dintre primii terapeuți (cum ar fi Sandor Ferenczi, Otto Rank, Wilhelm Reich și Julius Moreno) au recunoscut nevoia de participare emoțională și au introdus tehnici care să facă întâlnirea terapeutică mai reală și mai bogată la nivel afectiv, recunoașterea supremă pentru dezvoltarea unei abordări care vizează sensibilizarea la afect trebuie rezervată lui Fritz Perls.

Fritz Perls: „Pierde-ți capul și vino-ți în fire". Perls s-a concentrat cu obstinație pe conștientizare. Terapia sa e „mai degrabă o terapie experiențială decât una verbală sau interpretativă"[73], lucrând doar cu timpul prezent, deoarece el credea că nevroticii trăiesc prea mult în trecut:

> *Terapia gestaltistă este o terapie a lui „aici și acum", în care pacientului i se cere ca pe parcursul ședințelor să își îndrepte atenția către ce face în prezent, în cadrul ședinței – chiar aici și acum... să conștientizeze propriile gesturi, respirația, emoțiile sau mimica pe cât își dă seama și de propriile gânduri.*[74]

Perls începea adesea cu conștientizarea impresiilor senzoriale și chinestezice. De exemplu, dacă un pacient se plângea de dureri de cap, Perls îi cerea să se concentreze pe durerea de cap până când descoperea că e asociată cu contracții ale mușchilor faciali. Perls cerea pacienților să își exagereze contracțiile și, la fiecare pas, să spună ce observă. Treptat, pacientul era condus de la senzația chinestezică la afect. De pildă, o pacientă își descria fața spunând că „era ca și cum mi-aș fi schimonosit-o ca să plâng". În acest punct, terapeutul putea să încurajeze exprimarea afectului întrebând: „Vrei să plângi?"[75]

Perls pornea de la conștientizare, pentru a înainta spre „dorință".

> *Sunt convins că doar o tehnică de conștientizare nu poate genera singură rezultate terapeutice valoroase. Dacă terapeutul ar fi fost limitat în munca sa la a pune doar trei întrebări, el ar avea succes cu toți pacienții, mai puțin în cazul celor cu tulburări extrem de severe. Aceste trei întrebări sunt: „Ce faci?", „Ce simți?" și „Ce vrei?"*[76]

Perls a încercat să-și ajute pacienții să reintre în contact cu sentimentele lor, iar mai apoi să realizeze care le sunt năzuințele și dorințele. Spre exemplu, dacă pacientul intelectualiza sau adresa întrebări repetate terapeutului, Perls îl îndemna să exprime atitudinea și dorința din spatele întrebării.

Pacientul: Ce înțelegeți prin sprijin?
Terapeutul: Puteți transforma asta într-o afirmație?
Pacientul: Aș dori să știu ce înțelegeți prin sprijin.
Terapeutul: E tot o întrebare. Puteți să o transformați într-o afirmație?
Pacientul: Aș dori să vă scot pe nas întrebarea asta dacă aș putea.[77]

În acest moment, pacientul are un acces mai mare la propriul afect și la propriile dorințe. Scopul provocării afectului nu este pur și simplu catharsisul, ci de a-i ajuta pe pacienți să-și descopere dorințele. O problemă majoră a terapiei gestaltiste e că mulți terapeuți devin atât de preocupați de tehnicile destinate să provoace o reacție afectivă, că pierd din vedere scopul mai profund al tehnicii. Până la un punct, de vină sunt terapeuții ce își modelează demersul după Perls, care era o ființă extrem de teatrală și căruia îi plăceau întâlnirile cu pacienți scurte și dramatice, duse în fața unui public mare. Însă, în momentele sale reflexive, Perls și-a exprimat groaza că terapeuții s-ar putea concentra excesiv pe această tehnică:

Am avut nevoie de mult timp să dăm pe față toată porcăria freudiană, iar acum intrăm într-o fază și mai periculoasă. Intrăm în faza „inițiatorilor": cei care inițiază o cură instantanee, o bucurie instantanee, o conștientizare senzorială instantanee. Intrăm în faza impostorilor și a escrocilor, care cred că, dacă reușești să-ți zdruncini pacientul, l-ai și vindecat... Trebuie să spun că sunt foarte preocupat de ce se întâmplă acum.

... Orice tehnică e un truc. Trucurile pot fi folosite doar în cazuri extreme. Avem destui care mișună în stânga și în dreapta colecționând trucuri peste trucuri și abuzând de ele. Aceste tehnici, aceste instrumente sunt destul de utile în câte un seminar destinat conștientizării senzoriale sau fericirii... Însă faptul trist este că această animație devine mai mult o activitate substitutivă periculoasă, o altă terapie mincinoasă care împiedică dezvoltarea.[78]

Alte abordări terapeutice. Perls nu e singurul care în activitatea sa s-a luptat cu blocajul afectiv. Psihodrama, grupurile de întâlnire, terapia hipnotică și bioenergetică au dezvoltat cu toate tehnici menite să declanșeze afectul și să crească măsura în care individul își conștientizează dorințele. A existat chiar o proliferare a acestor abordări, nemaifiind posibil să le trasezi genealogia. Toate tehnicile se bazează însă pe presupunerea că la un nivel profund persoana își cunoaște dorințele și sentimentele și că terapeutul, printr-o focalizare corectă, poate extinde experiența conștientă a pacientului înspre asemenea stări.

Postura, gesturile și alte indicii subtile nonverbale pot furniza informații importante cu privire la sentimentele și dorințele subiacente, dar care sunt disociate. Terapeuții trebuie să fie extrem de atenți la indicii precum pumnii încleștați, lovirea cu pumnul în propria palmă, adoptarea unei posturi repliate pe sine (brațe și picioare strânse). Fiecare e o manifestare a unui sentiment sau a unei dorințe subiacente. (În astfel de situații, Perls încerca să faciliteze apariția sentimentului reprimat, atrăgând atenția asupra comportamentului, și mai apoi cerând pacientului să-l exagereze – de exemplu, să dea cu pumnul în palmă mai tare și mai repede.) Anumiți pacienți sunt atât de detașați de propriile afecte, că datele fizice sau fiziologice sunt singurele puncte de contact cu lumea lor interioară – spre exemplu „Trebuie să fiu trist, din moment ce ochii îmi lăcrimează" sau „Trebuie să fiu stânjenit, din moment ce roșesc".

Întrebarea „Ce vrei?" îi surprinde adesea pe pacienți, deoarece ei și-o adresează lor înșiși arareori. Erving și Miriam Pohlster oferă o ilustrare:

> *Un profesor universitar se simțea supraîncărcat deoarece trebuia să își găsească vreme în fiecare zi pentru sarcini ce îi păreau copleșitoare cum ar fi să scrie, să citească, să predea – până când timpul său părea să nu le mai încapă. După un pomelnic al tuturor lucrurilor care i se cerea să le înghesuie în viața deja suprasolicitată, l-am întrebat: „Ce vrei?" O pauză... cu un gest în care una dintre mâini era cuprinsă de cealaltă, însă* fără să o strângă și lăsând un spațiu liber... *Iar mai apoi: „Vreau o* zonă de libertate *în viață". Aceste recunoașteri sunt suficient de simple, însă, pentru mulți, ele nu sunt suficient de accesibile. Dar până în momentul în care aceste dorințe nu sunt măcar recunoscute, acțiunea coerentă e improbabilă.*[79]

Dacă pacienții sunt profund schizoizi și extrem de izolați de propriile dorințe, o abordare care să se focalizeze asupra interacțiunii imediate, de aici și de acum, poate fi productivă. Spre exemplu, într-o ședință de grup, un tânăr cu tulburări grave se lamenta, ca răspuns la o întrebare a mea, că nu avea sentimente și dorințe, și a indicat că putea simți doar dacă știa că *trebuie* să simtă. Ceilalți membri au mers pe firul problemei, întrebându-l despre ce simțea cu privire la anumite lucruri (cum ar fi singurătatea, tranchilizantele puternice, unele probleme din secția de spital), dar toate l-au lăsat pe pacient și mai confuz și descurajat. Într-un final, i-am devenit mai de ajutor când am focalizat investigația asupra proceselor imediate: „Ce simți în legătură cu faptul că ești chestionat asupra propriilor sentimente?" Pe acest nivel, el era capabil să aibă experiența câtorva sentimente și dorințe autentice. Deși era speriat de întreaga atenție, se simțea mulțumit și recunoscător, dorind ca grupul să continue să-l împingă de la spate. De asemenea, se simțea un nesătul care mănâncă timpul altora, ceea ce putea să-i facă pe alții să-l deteste. Treptat, pornind de la afectul imediat, pacientul a câștigat însă încredere în propria capacitate de a *avea* sentimente și de a le identifica.

O altă pacientă nu avea încredere în propriile sentimente, pe care le desconsidera. Le aprecia drept false și artificiale, deoarece, oricând își dădea seama de un sentiment anume, putea genera un sentiment opus, de mărime egală. Nenumărate ore de terapie au fost irosite pe eforturi care să dinamiteze această apărare. Progresul s-a înregistrat doar când am ajutat-o să-și identifice anumite sentimente (și dorințe) cu valențe deosebite în imediatul lui aici și acum. Făcea parte dintr-un grup de terapie organizat într-o secție de spital, care era observat de personalul de acolo și a avut oportunitatea să observe discutarea de către observatori a ședinței. Atunci când a fost rugată să-și descrie reacția la discuție, a mărturisit că fusese iritată de faptul că era arareori luată în considerare. Când i-am cercetat iritarea (câtă vreme chiar părea să o resimtă), aceasta s-a transformat în durere – suferința că fusese ignorată –, iar mai apoi în frică – frica de faptul că terapeutul, în mintea sa, o va clasa între pacienții cronici. Mai apoi, i s-a cerut să exprime ce făcuse sau spusese terapeutul. În acest mod, ea a fost treptat călăuzită spre experiența unor dorințe autentice, cum ar fi ca el să o îngrijească și să o ocrotească.

Freud a sublinat de mult timp că fantasmele sunt dorințe, iar investigarea lor – spontan sau ghidat – este adesea o tehnică care dă roade în des-

coperirea și asimilarea dorințelor. Spre exemplu, un pacient nu se putea decide dacă să continue relația cu prietena sa ori să o rupă. Răspunsul la întrebări precum: „Ce vrei să faci?" sau „Ții la ea?" era invariabil un uimit și frustrat: „Nu știu". Terapeutul îi cerea să își închipuie că primește un telefon, în care ea îi sugerează să pună capăt relației. Pacientul a vizualizat aceasta în mod clar, a oftat cu ușurare și și-a dat seama de sentimentul de eliberate de după convorbire. De la această fantasmă, mai era doar un mic pas către înțelegerea adevăratei dorințe și începutul travaliului îndreptat asupra factorilor care inhibau recunoașterea și punerea în practică a dorinței.

Impulsivitatea

O tulburare a dorinței nu conduce obligatoriu la inhibiție și paralizie. Unii indivizi evită să-și asume capacitatea de a dori nu prin refuzul de a discrimina între dorințe, ci punându-și prompt și impulsiv toate dorințele în practică. Cine acționează imediat la fiecare impuls sau capriciu evită să aibă dorințe la fel de limpezi ca persoana care își înăbușă complet dorințele. Ea evită astfel obligativitatea alegerii între variatele dorințe care, dacă sunt trăite simultan, pot intra în contradicție. Peer Gynt, după cum subliniază Rollo May, este un exemplu excelent de persoană care nu poate discrimina între dorințe, încearcă să le satisfacă pe toate și, făcând asta, își pierde adevăratul sine – sinele care vrea un lucru mai mult ca altul.[80] O dorință implică întotdeauna direcție și timp. A dori înseamnă a te proiecta în viitor, iar individul trebuie să cântărească implicațiile viitoare și consecințele punerii în practică a dorinței. Nicăieri nu e mai evidentă această necesitate ca în dorința care implică o altă persoană. Concretizarea impulsivă à la Peer Gynt a dorințelor interpersonale conduce mai degrabă la călcarea în picioare sau abuzarea celorlalți decât la o întâlnire adevărată. E nevoie de o discriminare internă între dorințe și de ierarhizarea lor în funcție de priorități. În cazul în care două dorințe se exclud reciproc, este necesară renunțarea la una dintre ele. Dacă se dorește, de pildă, o relație care să însemne ceva, bazată pe iubire, atunci vor trebui negate o legiune de dorințe interpersonale, cum ar fi cea de a cuceri, de putere, de seducție sau de subjugare. Dacă dorința de căpătâi a unui scriitor este să comunice, atunci el va trebui să renunțe la alte dorințe care interferează cu ea (de pildă, cea de a

 părea inteligent). Transpunerea în act impulsivă și nediscriminată a tuturor dorințelor este un simptom al unei voințe dezordonate: ea sugerează inabilitatea sau reticența cuiva de a se proiecta în viitor.

Un alt mod de a descrie dezordinea primară a dorinței care stă la baza impulsivității comportamentale este prin apelul la două forme de ambivalență: ambivalența secvențială și cea simultană.[81] În „ambivalența secvențială", individul are întâi experiența unei dorințe, iar mai apoi a celeilalte. Când una este dominantă, i se dă curs, dar individul nu are acces deplin la cealaltă. În „ambivalența simultană", individul este confruntat cu ambele dorințe de o manieră deplină și directă. James Bugental descrie un pacient care era frământat de o stare conflictuală de ambivalență secvențială:

> *La 42 de ani, Mabel era deja măritată de 17 ani cu un bărbat pe care îl iubea mult și cu care avea o relație ce îi oferea sens și satisfacție. Mai apoi, datorită unei serii de circumstanțe care nu sunt aici importante, s-a îndrăgostit de un alt bărbat, un văduv, iar el i-a răspuns cu aceleași sentimente. Nu își pierduse dragostea pentru soțul său, Greg, și nici nu dorea doar „să se încurce" cu celălalt bărbat, Hal.*
>
> *De aceea, când era acasă cu Greg, Mabel își dădea foarte bine seama cât de bogată îi era viața cu el și se întreba dacă era dispusă să o dea pe durerea, vinovăția și inconvenientele ce vor apărea pentru amândoi. Mai apoi, când era cu Hal sau doar nu era aproape de Greg, se simțea angoasată, căci știa ce rol vital juca sentimentul său pentru Hal și jinduia după viața diferită pe care are fi avut-o dacă ar fi plecat cu el.*[82]

Sarcina terapeutului este să ajute pacientul impulsiv să își transforme ambivalența secvențială în ambivalență simultană. Experiența succesivă a dorințelor contradictorii este o metodă care apără de angoasă. Când persoana are *simultan* experiența deplină a unor dorințe conflictuale, ea se confruntă cu responsabilitatea de a alege. Ambivalența simultană conduce la o stare de disconfort extrem și, după cum remarca Bugental, e cât se poate de important ca terapeutul să evite să dilueze durerea și autonomia pacientului. Terapeutul este foarte tentat să ofere sfaturi, consolare, să „ia celuilalt povara «grijii»" (după cum o spune Heidegger)[83]; și totuși, dacă există posibilitatea confruntării profunde, la intensitate maximă, cu toate

dorințele relevante, atunci persoana își va făuri o soluție creativă, inovativă, pe care celălalt nu poate să o întrevadă.

În cazul de mai sus, Mabel și-a folosit conflictul pentru a ajunge la o înțelegere realmente creativă: „A realizat cât de mult își folosise soțul tot timpul pentru a se defini pe sine, iar acum făcea aproape același lucru cu Hal". A început să-și asume propria identitate, ca una separată de Hal și Greg. Aceasta nu însemna că nu-și va mai iubi soțul, cu care a ales să rămână, ci că-l va iubi diferit: însemna că îl iubea pe *el*, nu pe sine împreună cu el, ca pe o entitate fuzională; însemna că era capabilă să înfrunte singură viața, fără pierderea sinelui și fără un sentiment devastator de singurătate.





Compulsivitatea

Compulsivitatea, o apărare împotriva perceperii responsabilității, este și ea o tulburare a dorinței – una ce pare mai organizată și mai puțin capricioasă ca impulsivitatea. Individul compulsiv acționează în concordanță cu solicitările interne care *nu* sunt resimțite ca dorințe. Ceva „străin eului" conduce un astfel de individ. El este împins să acționeze, adesea împotriva propriilor dorințe, iar dacă nu acționează, simte un disconfort acut. Deși își dorește să nu acționeze într-un mod anume, el găsește foarte dificil să se împotrivească dictatelor compulsiunii. Camus a surprins problema perfect, atunci când protagonistul din *Căderea* spunea: „Nu-i lucru mai greu decât acela de a nu lua ceea ce nu doresc".[84] Individul compulsiv nu își dă în general seama de incapacitatea sa de a dori: nu se simte gol pe dinăuntru sau debusolat. Dimpotrivă, un astfel de individ este unul activ, adesea plin de energie, și are întotdeauna un sentiment al finalității. Însă, adesea, survin valuri de îndoială, momente în care individul realizează că, deși vede un sens, acesta nu e sensul său; că, deși are dorințe și scopuri, nu sunt dorințele și scopurile sale. Individul este atât de ocupat, atât de prins, că simte că nu are nici timpul și nici dreptul să se întrebe ce dorește. Doar atunci când apar fisuri în apărările sale (de pildă, scopurile „impuse de dinafară" devin irelevante din cauza unei schimbări de mediu, ca pierderea serviciului, destrămarea familiei sau au fost efectiv atinse, prin obținerea banilor, a prestigiului și a puterii), individul își dă seama de sufocarea propriului sine autentic.

Decizie – Alegere

În momentul în care individul are o experiență deplină a dorinței, el are de a face cu problema deciziei sau a alegerii. Decizia este puntea care unește dorința și acțiunea.* A decide înseamnă a te angaja în acțiune. Dacă nu rezultă o acțiune, în opinia mea nu există o decizie autentică, ci doar un flirt cu decizia, un gen de soluție eșuată. *Așteptându-l pe Godot* a lui Becket este un monument pentru decizia abandonată. Personajele gândesc, își fac planuri, amână, găsesc soluții, dar nu se decid. Piesa se termină astfel:

> *Vladimir: Atunci, o-ntindem?*
> *Estragon: Hai.*
> *[Indicație de scenă] Niciunul dintre ei nu se mișcă din loc.*[85]

Decizia și contractul terapeutic

Terapia și decizia specifică. Conceptul de decizie își face apariția în psihoterapie sub mai multe forme. Unii pacienți fac apel la terapie chiar pentru că sunt prinși în ghearele indeciziei privitoare la o alegere specifică – adesea una legată de relațiile sau carierele lor. În aceste cazuri, terapia se va focaliza pe respectiva decizie. Dacă terapia e scurtă, focalizată și vizează obiective precise, terapeutul îl va ajuta pe pacient să ia o decizie. Terapeutul va cântări împreună cu pacientul argumentele pro și contra și îl va ajuta pe acesta din urmă să își pună în ordine consecințele conștiente sau inconștiente ale fiecărei alegeri. Dacă, pe de altă parte, terapia este mai intensivă, iar scopurile sunt mai extinse, terapeutul va folosi decizia particulară ca un nucleu central din care, pe măsură ce cura înaintează, vor iradia o multitudine de teme. Terapeutul ajută pacientul să-și înțeleagă sensul inconștient al angoasei deciziei, să-și treacă în revistă crizele decizionale din trecut și, deși scopul tratamentului nu stă într-o anumită decizie particulară, să-și soluționeze conflictele, astfel încât să poată lua de o manieră adaptativă acea decizie, împreună cu celelalte decizii legate de ea.

* Voi folosi „acțiune" nu într-un sens care presupune energie, ci într-unul terapeutic. Cea mai mică mișcare sau anularea unei acțiuni habituale poate constitui din punct de vedere terapeutic o acțiune de o importanță uriașă.

Terapia și decizia inconștientă. Mulți terapeuți se focalizează intens asupra deciziei, chiar dacă pacienții nu recurg la terapie din cauza unei crize decizionale. Într-un efort de a spori simțul responsabilității personale a pacientului, terapeutul subliniază că orice act (inclusiv cel de schimbare personală) este precedat de decizie. Terapeuții care se focalizează în acest mod asupra deciziei presupun adesea că deciziile sunt implicate în comportamente care îndeobște nu sunt asociate cu decizia. Astfel, terapeutul se focalizează asupra deciziei pe care pacientul o ia să nu-și atingă scopurile, să amâne, să se retragă din mijlocul celorlalți, să evite apropierea sau chiar să fie pasiv, deprimat sau angoasat. Evident, astfel de decizii nu sunt luate niciodată conștient; terapeutul presupune că, deoarece indivizii sunt responsabili de propriul comportament, fiecare trebuie să fi „ales" ceea ce este. Ce fel de alegere e aceasta? Este oare o alegere care ține de ceea ce Farber numea „primul domeniu" al voinței? Puține decizii importante sunt luate cu un sentiment deplin al efortului conștient. William James, care a meditat profund asupra modului în care luăm deciziile, a descris cinci tipuri de decizie, dintre care doar două, prima și a doua, presupun un efort deliberat:

1. *Decizia rațională.* Cântărim argumentele pro și contra privind o anumită acțiune și ne hotărâm asupra unei alternative. Stabilim ce avem de pierdut și de câștigat; luăm această decizie cu sentimentul că suntem perfect liberi.

2. *Decizia voluntară.* O decizie voluntară cere încordare și presupune un „efort interior". O „încordare înceată a voinței". Este un tip de decizie rar, majoritatea deciziilor fiind luate fără efort.

3. *Decizia arbitrară.* În acest tip de decizie nu pare a exista o rațiune decisivă pentru un curs al acțiunii sau altul. Fiecare alternativă pare bună, iar noi devenim din ce în ce mai obosiți și frustrați de decizie. Luăm decizia lăsându-ne purtați într-o direcție determinată accidental de dinafară.

4. *Decizia impulsivă.* Ne simțim incapabili să decidem, iar determinarea pare la fel de accidentală ca și în cazul celui de-al treilea tip. Însă ea vine de dinăuntru, și nu de dinafară. Ne surprindem acționând în mod automat și adesea impulsiv.

5. *Decizia bazată pe o schimbare de perspectivă.* Este o decizie care adesea este luată brusc și ca urmare a unei experiențe exterioare sau

a unei schimbări interioare (de exemplu, suferința sau frica) care conduce la o schimbare de perspectivă sau „o schimbare din inimă" [cum ar fi decizia luată de mulți dintre pacienții suferind de cancer despre care am vorbit în capitolul 5].[86]

După cum sugerează James, „decizia" se referă la o paletă vastă de activități, caracterizate de diferite experiențe subiective – diferite grade de efort, raționalitate, conștiință, impulsivitate și simț al responsabilității.

Terapie, decizie și structură caracterială. Unii terapeuți – de exemplu cei din școala analizei tranzacționale (A.T.) – folosesc „decizia" de o manieră mult mai radicală sub raportul aspectelor inconștiente. Ei sugerează ca indivizii iau încă de foarte devreme anumite decizii „arhaice", care le influențează viața în mod decisiv. O formulare tipică a dezvoltării psihopatologiei de către un terapeut A.T. spune: „Individul primește un ordin din partea părintelui, care este comunicat cu lovituri (adică întăriri), el ia o decizie ca urmare a acelui ordin, iar mai apoi construiește un scenariu care să vină în sprijinul ordinului".[87] Astfel, potrivit lui Eric Berne, individul decide asupra unui „scenariu de viață" – un plan inconștient al vieții ulterioare, care cuprinde variabile ale personalității și interacțiuni interpersonale repetitive. „Scenariul vieții" de care vorbește Berne nu este foarte diferit de „ficțiunea călăuzitoare" a lui Adler sau de sistemul imaginii idealizate de la Horney. Deși se bazează într-o mai mare măsură pe aspecte interpersonale, el e în mare echivalent conceptului freudian al structurii de caracter.

Potrivit abordării A.T., copilul ia o decizie care-i determină structura de caracter, ceea ce-l face responsabil pentru ea. Și totuși, atunci când cuvântul „decizie" e folosit doar într-un sens conștient voluntar, apar probleme. Definiția „deciziei" oferită de A.T. reflectă confuzia în legătură cu termenul: „Decizia este momentul în care copilul, folosindu-se de toate resursele adaptative ale eului, își modifică așteptările, încercând să și le alinieze realităților familiale".[88] Să remarcăm că definiția începe cu „Decizia este momentul...", ca și cum ar exista un moment specific al deciziei, ca și cum între starea originară și cea schimbată trebuie să intervină o decizie conștientă.

Terapeutul care ia în serios ideea potrivit căreia copilul ia o decizie concretă, capitală și arhaică este în pericol să dezvolte o abordare concretă și

simplistă asupra schimbării terapeutice. Iar lucrurile chiar așa s-au întâmplat: textele A.T. sugerează, de pildă, că sarcina terapeutului este să ajute pacientul să se întoarcă asupra „deciziei originare", asupra „primei experiențe a acțiunii"[89] (asemănătoare sub anumite aspecte traumei din teoria freudiană timpurie), să o retrăiască și să o „redecidă". Problema acestei afirmații e că pacientului i se cere să ia o decizie actuală, rațională pentru a neutraliza o decizie timpurie de un tip total diferit. Este lucrul asupra căruia ne atenționa Farber, când spunea că e important să nu forțăm voința din al doilea domeniu (conștient) să îndeplinească sarcinile voinței din primul domeniu (inconștient).

Elementul pierdut în cadrul acestei perspective radicale asupra deciziei este subtilitatea procesului de dezvoltare. O structură individuală de caracter nu e rezultatul unei decizii capitale singulare care poate fi identificată și înlocuită, ci e constituită de o viață întreagă, formată din nenumărate alegeri, împreună cu alternativele la care s-a renunțat. Deși copilul nu are nicio idee despre opțiunile caracteriale adulte, totuși are o minimă capacitate de a accepta sau respinge ce i se oferă, de a se supune sau împotrivi, de a se identifica pozitiv sau, cum a arătat Erik Erikson, de o manieră negativă, cu anumite modele.[90] Cum am discutat în ultimul capitol, în procesul curativ e nevoie ca pacientul să accepte responsabilitatea pentru ceea ce este, ca și pentru ceea ce va deveni. Doar atunci individul poate avea experiența puterii (și a speranței) necesare schimbării. Însă schimbarea psihoterapeutică nu va consta într-o decizie capitală singulară și voluntară; ea va fi un proces gradat compus din decizii multiple, fiecare pregătind drumul următoarei.

De ce deciziile sunt dificile?

„Atunci, o-ntidem? Hai. Niciunul dintre ei nu se mișcă din loc." Ce se întâmplă între hotărâre și decizia de a acționa în fapt? De ce atât de mulți pacienți găsesc decizia așa de dificilă? Dacă e să mă gândesc la pacienții mei curenți, realizez că aproape toți se luptă cu o anumită decizie. Unii pacienți sunt preocupați cu o decizie anumită de viață: ce să facă într-o relație importantă, dacă să rămână căsătorit sau să divorțeze, dacă să se întoarcă pe băncile școlii sau să încerce să aibă un copil. Alți pacienți au declarat că știu ce trebuie să facă – de pildă, să nu mai bea, să se lase de

 fumat, să slăbească, să încerce să socializeze sau să încerce să stabilească o relație intimă, dar nu se pot decide (mai precis, să se angajeze) să o facă efectiv. De asemenea, alții spun că știu ce greșesc –, de pildă, că sunt prea aroganți, prea dependenți de muncă sau prea nepăsători –, însă nu știu cum să se decidă să se schimbe și, de aceea, nu se angrenează realmente în activitatea terapeutică.

E ceva extrem de dureros în deciziile neluate. Pe măsură ce mă gândesc la pacienții mei în încercarea de a analiza sensul (și amenințarea) pe care acea decizie o are pentru ei, sunt frapat în primul rând de diversitatea reacțiilor. Deciziile sunt dificile din multe motive: unele evidente, altele inconștiente, iar altele, după cum vom vedea, care provin de pe cele mai profunde niveluri ale existenței.

Excluderea alternativelor. Protagonistul romanului lui John Gardner, *Grendel*, a mers în pelerinaj la un preot bătrân pentru a afla misterele vieții. Bătrânul a spus: „Răul suprem constă în faptul că Timpul e pieire veșnică, așa că faptul de a trăi în prezent înseamnă eliminarea unor nenumărate posibilități". El și-a rezumat gândurile asupra vieții în două propoziții simple, dar teribile, în patru cuvinte devastatoare: „Lucrurile dispar, alternativele exclud".[91] Consider mesajul preotului ca extrem de inspirat. „Lucrurile dispar" este tema care stă la baza primei secțiuni a cărții de față, iar „alternativele exclud" este unul dintre motivele fundamentale pentru care deciziile sunt dificile.

Pentru fiecare „da" trebuie să existe un „nu". A te decide asupra unui lucru înseamnă a renunța la un altul. După cum un terapeut comenta în legătură cu un pacient indecis, „Deciziile sunt scumpe: te costă tot restul".[92] Renunțarea acompaniază inevitabil decizia. Trebuie să abandonăm unele opțiuni cu care adesea nu ne vom mai întâlni. Deciziile sunt dureroase, deoarece semnifică limitarea posibilităților; iar cu cât posibilitățile cuiva sunt mai limitate, cu atât se apropie mai mult de moarte. Heidegger definea moartea chiar ca „posibilitate de nedepășit".[93] Realitatea limitării este o amenințare la adresa unuia dintre modurile fundamentale prin care individul luptă împotriva angoasei existențiale: iluzia statutului special, iluzia că, deși alții au limite, propria persoană este scutită de ele, specială, dincolo de legile naturii.

Desigur, unii refuză să-și asume renunțarea, refuzând să-și înțeleagă propriile decizii. Wheelis pune problema elegant, prin intermediul unei meta-

fore în care decizia e reprezentată de o intersecție într-o călătorie, iar renunțarea este drumul care nu a fost luat:

> *Unele persoane pot merge netulburate, orbește, crezând că au luat drumul cu prioritate, iar toate intersecțiile sunt cu artere secundare. Pe când a merge înainte cu prezență de spirit și atenție înseamnă a fi afectat de amintirea intersecțiilor ce nu vor mai fi niciodată reîntâlnite. Unele persoane stau la răscruce, fără să pășească pe niciun drum deoarece nu pot păși pe ambele drumuri, întreținându-și iluzia că, dacă vor sta acolo suficient de mult, cele două căi se vor uni într-una singură și deci totul va fi posibil. Maturitatea și curajul înseamnă în bună parte capacitatea de a renunța la una dintre alternative,* iar *o bună parte a înțelepciunii este dată de capacitatea de a găsi noi căi care ne vor da posibilitatea de a renunța cât mai puțin.*[94]

Imaginea persoanelor care „stau la răscruce, fără să pășească pe niciun drum deoarece nu pot păși pe ambele drumuri" este o imagine extrem de bună a celor care nu pot abandona anumite posibilități. Metafore filosofice vechi portretizează aceeași dilemă: exemplul oferit de Aristotel, al unui câine flămând care e incapabil să aleagă între două porții de mâncare la fel de atrăgătoare, sau faimoasa problemă a măgarului lui Buridan, demn de milă deoarece murea de foame între două grămezi de fân care miroseau la fel de frumos.[95] În fiecare caz, creatura ar fi murit dacă ar fi refuzat să abandoneze anumite opțiuni; salvarea stă în încrederea în dorință și în a profita de ceea ce este la îndemână.

Metafora are relevanță clinică în cazul acelor pacienți care suferă de o paralizie a voinței, nu doar deoarece nu pot spune „da", ci și din cauză că nu pot spune „nu". Pe un nivel inconștient, aceștia refuză să accepte consecințele existențiale ale renunțării.

Deciziile ca experiențe-limită. A realiza pe deplin în ce situație existențială te găsești, înseamnă a realiza autocreația. A realiza că te constitui pe tine însuți, că nu există referințe externe absolute, că atribui un sens arbitrar lumii înseamnă a realiza propria arbitraritate fundamentală.

Decizia e cea care ne face să ne dăm seama de toate acestea, desigur dacă ne-o îngăduim. Decizia, în special una ireversibilă, este o situație-limită în același mod în care este și conștientizarea „propriei morți". Ambele catalizează trecerea de la atitudinea cotidiană la atitudinea „ontolo-

gică" – altfel spus, la un mod de a fi care ia în considerare ființa. Deși, după cum ne învață Heidegger, un astfel de catalizator și o astfel de trecere sunt până la urmă bune, constituind cerințe ale unei existențe autentice, ele provoacă totodată angoasă. Dacă nu suntem pregătiți, vom dezvolta moduri de a refula decizia la fel cum refulăm moartea.

O decizie importantă nu doar că ne expune angoasei a lipsei de temei, dar ne și periclitează apărările împotriva angoasei de moarte. Confruntându-ne cu limitarea posibilităților, decizia este o provocare pentru mitul statutului special. Iar decizia, în măsura în care ne constrânge să ne acceptăm responsabilitățile și izolarea existențială, amenință credința în existența unui salvator suprem.

În plus, o decizie fundamentală ne pune față în față cu izolarea supremă. O decizie este un act solitar, și este actul *nostru*: nimeni nu poate decide pentru noi. De aceea, mulți oameni se simt foarte împovărați de decizie și, așa cum voi arăta puțin mai jos, încearcă să o evite forțând sau convingând pe alții să ia decizia pentru ei.

Decizie și vinovăție. Unii indivizi găsesc decizia dificilă din cauza vinovăției, care, după cum sublinia Rank, este perfect capabilă să paralizeze procesul volitiv. Voința este născută cu căița vinovăției; ea se naște, spunea Rank, înainte de toate ca voință contrară. Pulsiunilor copilului li se opune lumea adultă, iar voința celor mici se naște ca, în primele momente, să se contrapună acelei opoziții. Dacă un copil este suficient de ghinionist să aibă părinți care încearcă să distrugă orice expresie pulsională, atunci copilul se va simți extrem de vinovat, iar deciziile vor fi resimțite ca rele și interzise. Un astfel de individ nu se poate decide deoarece simte că nu are *dreptul* să decidă.

Caracterele masochiste care sunt prinse într-o relație de simbioză cu părintele prezintă tulburări legate de vinovăție și voință. Ester Menaker sugera că fiecare din acești pacienți are un părinte care a afirmat realmente că „nu ai îndrăzneala de a fi tu însuți, nu ai capacitatea de a fi tu însuți, ai nevoie de prezența mea pentru a exista".[96] Cât cresc, la astfel de indivizi, toate expresiile libere ale alegerii sunt considerate ca interzise, deoarece reprezintă încălcări ale mandatului parental. La maturitate, deciziile importante generează un disconfort care provine atât din frica de separare, cât și din vinovăția cauzată de ofensarea celeilalte persoane, a persoanei dominante.

Vinovăția merge dincolo de vinovăția tradițională din cauza căreia individul regretă o ofensă reală sau fantasmată la adresa altuia. În capitolul 6, am definit vinovăția existențială ca provenind din transgresiunile împotriva propriei persoane; ea e o consecință a regretului, a perceperii vieții netrăite, a posibilităților neutilizate. Vinovăția existențială poate fi și ea un factor care să conducă la blocarea deciziei, prin aceea că decizia importantă de schimbare determină individul să reflecteze cum s-a irosit, asupra a cât și-a sacrificat din unica sa viață. Responsabilitatea este o sabie cu două tăișuri: dacă vom accepta responsabilitatea pentru propria situație din viață și vom lua decizia să o schimbăm, atunci vom accepta că suntem singurii responsabili pentru irosirea din trecut a propriei vieți, pe care am *fi putut* s-o schimbăm cu multă vreme în urmă.

Bonnie, o femeie de patruzeci și opt de ani, despre care am vorbit pe scurt în capitolul 4, ilustrează unele din aceste probleme. Bonnie suferise de boala lui Buerger, o afecțiune care conduce la închiderea capilarelor de la extremități. Există dovezi medicale incontestabile că nicotina este extrem de toxică în boala lui Buerger: pacienții care fumează accelerează progresia bolii și, în general, trebuie să fie amputați prematur de unul sau mai multe membre. Bonnie fusese întotdeauna fumătoare și nu putea – nu voia – să se lase. Mai multe tratamente hipnotice și comportamentale eșuaseră, iar ea părea incapabilă – nu voia – să ia decizia de a renunța la fumat. Simțea că în multe aspecte viața sa fusese distrusă de țigări. Fusese măritată cu un bărbat destul de sever, autoritar, care o părăsise cu zece ani înainte din cauza stării ei de sănătate precare. El era foarte pasionat de excursiile în natură și a decis că e mult mai bine să ai un partener cu care să poți ieși. Problema era mult agravată de faptul că Bonnie își provocase singură handicapul, din cauza „obiceiului mizerabil" (cum îl numea). Până la urmă, el i-a dat lui Bonnie un ultimatum: „Ori fumatul, ori căsătoria". Ea a continuat să fumeze, iar el a părăsit-o.

Când am examinat împreună cu Bonnie motivele care făceau renunțarea la fumat dificilă în cazul său, una dintre temele importante care au apărut a fost că și-a dat seama că, dacă se lăsa acum de fumat, însemna că *s-ar fi putut lăsa și înainte*. Implicațiile unei astfel de descoperiri au fost realmente importante. Bonnie se considerase întotdeauna o victimă: o victimă a bolii lui Buerger, a propriilor obiceiuri și a unui soț crud și neînțelegător. Însă dacă, de fapt soarta îi stătuse tot timpul în mâini, atunci trebuia să se con-

 frunte cu ideea că poartă toată responsabilitatea pentru maladie, pentru eșecul căsniciei și pentru eșecul (cum îl definea) vieții sale de adult. Decizia în direcția schimbării ar fi adus cu sine acceptarea vinovăției existențiale – vinovăția pentru atrocitățile comise împotriva propriei persoane. În terapie, Bonnie trebuia ajutată să înțeleagă implicațiile faptului de a decide pentru sine – altfel spus, de a nu-și întemeia decizia pe dorințele altuia, ale soțului, ale părinților sau ale terapeutului. Trebuia să accepte vinovăția (și depresia aferentă) cauzată de faptul că și-a împiedicat dezvoltarea. Trebuia să accepte responsabilitatea pentru viitor. Cea mai bună cale, poate unica, de a face față vinovăției de a fi ofensat fie altă persoană, fie pe sine trece prin căință. Și cum voința nu se adresează trecutului, înseamnă că te poți căi pentru trecut doar modificând viitorul.

Metode de evitare a deciziei: manifestări clinice

Deoarece deciziile sunt extraordinar de dificile și dureroase pentru mulți indivizi, nu e surprinzător că unii dezvoltă metode de a evita decizia. Cea mai evidentă metodă constă în amânare, și orice terapeut are de a face cu pacienți care zăbovesc neliniștiți în fața porții deciziei. Însă există multe alte metode, mult mai subtile, de a lupta cu durerea inerentă deciziei – metode care permit luarea deciziei, fără ca ea să fie însă asumată. La urma urmei, *procesul* deciziei, și nu conținutul său, e dureros; iar dacă individul poate să decidă fără să o știe, atunci *tant mieux*. Am lămurit de ce sunt dificile hotărârile subliniind renunțarea, angoasa și vinovăția care le însoțesc. Pentru a diminua asumarea și durerea deciziei, persoana va trebui să creeze apărări în fața acestor amenințări: ea trebuie să evite sentimentul renunțării și al vinovăția prin delegarea către altul sau altceva a sarcinii deciziei.

Evitarea renunțării

Schimbul în pierdere. Dacă decizia e dificilă întrucât persoana trebuie să renunțe la o posibilitate în același moment în care o alege pe alta, atunci decizia va deveni mai ușoară dacă situația e aranjată astfel încât să se renunțe la cât mai puțin. De exemplu, pacienta mea, Alice, a apelat la terapie deoarece nu se putea decide dacă să divorțeze de soțul său. El luase

decizia să o părăsească, plecase de acasă de un an, dar se întorcea câteodată pentru a întreține relații sexuale. Alice îl jelea continuu, iar fantasmele sale erau pline de situații în care ea îl recupera. Își făcea planuri cum să-l întâlnească și se umilea rugându-l să mai dea o șansă căsătoriei comune. Rațiunea îi spunea că mariajul nu a funcționat și nici nu va funcționa vreodată, și că îi era mult mai bine de una singură. Însă ea continua să-i acorde toate puterile în cadrul relației și refuza să ia în considerare că și ea avea de luat niște decizii aici. Decizia sa, după cum considera, consta într-o alegere între o relație confortabilă de dependență față de soț și o izolare înfricoșătoare.

Datorită unor ședințe de consiliere care au ajutat-o, Alice și-a tranșat dilema începând o relație cu un alt bărbat. Folosindu-l ca sprijin, ea a devenit capabilă să se desprindă complet de soț. (Și chiar a luat degrabă hotărârea să-l dea în judecată pentru că refuza să plătească pensia alimentară.) Alice a devenit capabilă de decizii individuale, evitând implicațiile lor mai profunde. A evitat asumarea renunțării modificând formula deciziei: nu mai trebuia să aleagă între soț (care era indisponibil și pe care avea toate motivele să fie extrem de supărată) și singurătate; putea să aleagă în loc între acest soț și un prieten afectuos, ceea ce nu era deloc o decizie grea.

Într-un anumit sens, scurta terapie i-a fost de ajutor, deoarece a eliberat-o din ghearele nehotărârii. Pe de altă parte, ea a ratat totuși o oportunitate de dezvoltare, deoarece a evitat implicațiile profunde ale deciziei sale. De pildă, ea ar fi putut voi să exploreze pe deplin acele implicații, să fi abordat frica de singurătate, incapacitatea de a înfrunta viața în mod autonom și înclinația inerentă de a se preda în brațele unui bărbat dominant. Cum s-a dovedit până la urmă, Alice a învățat puțin din această experiență și, peste câteva luni, a ajuns în aceeași situație. Relația cu prietenul s-a deteriorat, ea nu putea să-i pună capăt și a apelat din nou la terapie, găsindu-se din nou în mijlocul unei crize decizionale.

Devalorizarea alternativei abandonate. Când vine vorba de a alege, lucrul de care ne temem de fapt este libertatea, iar simțul comun, experiența clinică și cercetarea psihologică indică toate că sentimentul (și disconfortul) libertății se amplifică atunci când alternativele unei decizii sunt considerate aproape echivalente. O strategie care să conducă la o decizie confortabilă cere așadar ca alternativele alese să fie considerate atractive, iar cele nealese ca neatractive. De aceea, unii exagerează la nivel inconștient mici

 diferențe între opțiuni aproape egale ca valoare, așa încât decizia dintre ele să devină deopotrivă evidentă și lipsită de durere. Astfel, deciziile pot fi făcute fără efort, iar confruntarea dureroasă cu libertatea să fie complet evitată.

De exemplu, un pacient schizoid care își reprima afectele „se decisese" de niște ani să nu facă niciun efort în a se schimba. Din rațiuni irelevante pentru discuția de față, schimbarea era o perspectivă care-l speria, și de aceea a refuzat să se angreneze în terapie, creându-și o viață izolată și discretă. Privită obiectiv, alegerea sa era între o izolare completă și o viață afectivă mai spontană și mai expresivă. Pentru a persista în decizia sa de a nu se schimba, pacientul își distorsiona opțiunile care îi stăteau la dispoziție, devalorizând alternativa abandonată și supraevaluând-o pe cea aleasă. Vedea suprimarea afectelor drept o „demnitate" sau „ceva ce se cade", iar spontaneitatea drept „o pierdere animalică a controlului", care îl expunea riscului de a fi copleșit de furie sau lacrimi. Un alt pacient de-al meu a decis să nu rupă o căsnicie deoarece alternativa (cum se prezenta ea ca urmare a distorsiunilor și devalorizării) era să se alăture mulțimii celibatarilor – „vasta și jalnica armată de ciudați, marginali și neadaptați".

Cercetarea psihologică socială confirmă că devalorizarea alternativei nealese este un fenomen psihologic obișnuit.[97] După ce subiectul ia o decizie în care alternativa aleasă nu are un avantaj clar față de cea la care s-a renunțat, el suferă de regret postdecizional. În măsura în care alternativa este atrăgătoare, individul are sentimentul inconfortabil al lui „Ce-am făcut?", numit adesea în lucrările de specialitate „disonanță cognitivă": altfel spus, alegerea individului pare inconsistentă – „disonantă" – în raport cu valorile sale. Teoria disonanței cognitive susține că tensiunea disonanței e extrem de neplăcută și că individul se angrenează (deși nu la nivel conștient) într-o activitate care să reducă tensiunea.[98] Cercetările de laborator au evidențiat câteva metode folosite pentru a reduce durerea renunțării. O metodă frecventă, cu relevanță clinică evidentă, este distorsionarea informației: individul este deschis către informația care fie valorizează alegerea făcută, fie devalorizează alternativa la care s-a renunțat; și, reciproc, individul este opac la informația care sporește atractivitatea alternativei nealese sau o scade pe cea a alternativei alese.[99]

Delegarea deciziei către o persoană. Decizia, după cum am discutat, este dureroasă deoarece, dacă este examinată în profunzime, ne confruntă pe

fiecare nu doar cu libertatea, ci și cu singurătatea fundamentală — cu faptul că fiecare suntem responsabili pentru situațiile din propria viață. Decizia poate fi luată evitând durerea izolării dacă individul poate să găsească și să convingă pe altcineva să hotărască pentru el. Erich Fromm a subliniat repetat că oamenii au avut întotdeauna o atitudine foarte ambivalentă față de libertate. Deși se luptă aprig pentru libertate, ei nu ratează oportunitatea de a abdica în fața unui regim totalitar, care promite să le ia de pe umeri povara libertății și a deciziei. Liderul charismatic, cel care ia orice decizie tranșant și cu încredere, nu are nicio dificultate în a-și recruta aderenți.

În cadrul curei, pacientul se străduiește din răsputeri ca, prin lingușiri sau persuasiune, să-și determine terapeutul să ia decizii în locul său; iar una dintre sarcinile de căpătâi ale terapeutului este să reziste manipulării care vrea să-l facă să aibă grijă de pacient. Pentru a manipula terapeutul, pacientul își poate exagera neajutorarea sau îi poate ascunde dovezile de revigorare. Mulți pacienți prinși într-o criză decizională iau seama la fiecare silabă, gest sau postură a terapeutului ca și cum fiecare ar fi expresia unui oracol; ulterior, ei caută cu disperare printre amintirile de la ședință cuvinte ale terapeutului, care să le ofere sugestii pentru deciziile lor. Indiferent de nivelul de sofisticare, pacienții doresc în secret un terapeut care să le ofere ordine în viață și călăuzire. Furia și frustrarea, care vor fi regăsite pe un anumit nivel în orice terapie, provin dintr-un început al recunoașterii că terapeutul nu-i va ușura sarcina deciziei.

Există nenumărate strategii prin care poate fi găsită o altă persoană care să decidă în locul nostru. Două din cunoștințele mele au divorțat recent într-o manieră care le-a lăsat pe fiecare dintre ele să creadă că partenerul a luat decizia. Soția nu a cerut divorțul, ci și-a informat soțul că era îndrăgostită de un alt bărbat. Soțul, predictibil, a conchis automat, în concordanță cu anumite standarde ale sale, că trebuie să divorțeze, lucru care s-a și întâmplat. Și soțul, și soția au evitat durerea deciziei (și regretul de după), conchizând că decizia a fost luată de celălalt. Soția doar își declarase afecțiunea pentru un alt bărbat, dar nu ceruse divorțul. Soțul a crezut că, prin declarația sa, ea luase *de facto* decizia.

Decizia poate fi evitată prin amânare până când ea este tranșată pentru individ de un agent sau de o circumstanță externă. Deși persoana poate să

 nu înțeleagă că ea ia decizia –, de pildă, să pice un examen – în realitate, amânarea ascunde decizia de a pica, plasând-o în mâinile instructorului. La fel, poate părea că un angajator a decis să dea afară un angajat, când, de fapt, comportându-se necorespunzător, angajatul a fost cel care, pe ascuns, a luat decizia de a renunța la postul său. Un altul se poate dovedi incapabil să pună capăt unei relații, dar, comportându-se cu răceală, indiferență sau distanță, îl forțează pe celălalt să ia o decizie.

Într-una din povestioarele de la începutul acestei secțiuni, o femeie își exprima dorința de a-l surprinde pe soțul său în pat cu o altă femeie pentru ca așa să-l poată părăsi. Evident, ea voia să-și părăsească soțul, dar nu putea converti dorința în acțiune: durerea deciziei (sau anticiparea regretului ulterior) era prea mare. De aceea, spera ca el, încălcând o regulă a relației, să ia decizia pentru ea. Totuși, ea nu era câtuși de puțin mărginită la simpla așteptare și speranță. A descoperit nenumărate alte moduri de a grăbi decizia, ascunzându-și sieși că ea era de fapt cea care hotăra: spre exemplu, s-a îndepărtat în mod subtil de el, refuzând sexul, ceea ce implica tacit că el putea să aibă parte de sex și în altă parte.

Un alt pacient, George, avea o problemă similară. Nu voia să își ia responsabilitatea unei decizii deschise. În interiorul său, se dădea mai ales o luptă în legătură cu relația cu o femeie: îi făcea plăcere sexualitatea acesteia, dar o detesta în multe alte privințe. Refuza să se decidă cu privire la relație, fie să reacționeze negativ și să o încheie, fie să reacționeze pozitiv și să facă eforturi să o amelioreze. De aceea, era forțat să „găsească" o decizie în loc să „decidă". Inconștient, el încerca să o facă pe ea să decidă. Pleca din apartamentul său cât mai mult, așa încât ea să nu-l poată contacta prin telefon, sau „întâmplător" uita să curețe în mașină, așa încât obiectele altei femei (chiștoace de țigară, ace de păr etc.) să fie clar vizibile. Și totuși, dacă în toată această vreme cineva i-ar fi sugerat că el decidea că trebuie să pună capăt relației, George ar fi negat energic.

Prietena sa n-a luat decizia să încheie relația; în schimb, ea îl presa să se mute cu ea. În acest moment, George a căutat alte persoane care să hotărască pentru el. A cerut sfaturi tuturor prietenilor și în repetate rânduri a solicitat terapeutului îndrumare. Când, într-un final, terapeutul a reușit să-l ajute să rămână calm suficient de mult ca să-și examineze comportamentul, George a făcut un comentariu interesant: „Dacă o altă persoană ia decizia, atunci nu va trebui să mă angajez în efortul de a pune decizia

Genial!

în practică". [O cantitate substanțială de cercetări din domeniul psihologiei sociale indică faptul că individul care participă la decizie, participantul la procesul democratic, își asumă responsabilitatea pentru a face ca decizia să fie pusă în practică, în contrast cu poziția relativ apatică sau ostilă adoptată de persoana căreia i se impune ceva.]

George știa că era în interesul său să termine relația. Era mai bine și pentru prietenă ca el să pună punct relației, deși multă vreme el s-a agățat de raționalizarea că nu voia să o rănească, ca și cum o respingere lungă, dificilă și surdă ar fi fost lipsită de durere. Și totuși, nu putea să se determine să ia decizia, oscilând pentru că nu găsea pe nimeni să ia decizia pentru el.

Mulți pacienți „fac scene" în cadrul terapiei pentru a-și convinge terapeuții să ia deciziile în locul lor. Un alt pacient, Ted, care era el însuși psihoterapeut, se lupta de ceva luni cu tendința de a se lăsa să depindă de alții. Terapeutul lui Ted a subliniat într-o ședință dificultatea de a fi propria-ți mamă și propriu-ți tată. (Acest concept trebuie să-și facă apariția într-o formă sau alta în orice investigație existențială terapeutică a libertății). La următoarea ședință, Ted a fost extraordinar de supărat și a anunțat că în cursul săptămânii „și-a pierdut controlul", începând o relație de natură sexuală cu o pacientă, și că avea nevoie de cineva care „să-l țină în frâu". Situația părea construită astfel încât să-l forțeze ușor pe terapeut să preia decizia pentru Ted. La urma urmei, cum poate un terapeut responsabil să rămână pasiv și să lase un pacient să facă rău altui pacient, distrugându-și pe deasupra și cariera?

Terapeutul a decis totuși să examineze toate aspectele „scenei" și a devenit repede evident că Ted nu își pierduse totalmente controlul, ci luase câteva decizii care indicau că își asumase un anumit grad de responsabilitate. În loc să aibă o relație cu o pacientă psihotică sau borderline, „alesese" o pacientă matură, bine integrată, care era pe cale să încheie cura, după trei ani. În plus, deși încălcase codul deontologic al profesiei, el nu ajunsese nici pe departe la raportul sexual și a adus imediat situația în atenția psihanalizei sale personale. Interesele lui Ted au fost slujite mai bine de către refuzul analistului de a se lăsa manipulat să ia o decizie pentru Ted („ținerea în frâu") și de insistența terapeutului în a-i demonstra că, deși luatul deciziilor era înfricoșător, Ted era perfect capabil să ia o hotărâre.

Delegarea deciziei către un lucru. Un mod străvechi de a lua decizii e de a consulta soarta. Nu are importanță că răspunsul era de găsit în mărun-

 taie de oaie, frunze de ceai, *I Ching*, schimbări meteorologice sau într-un lung șir de alte semne. Important era ca, prin transferul deciziei către un agent extern, individul să fie scutit de durerea existențială inerentă.

O versiune modernă a încrederii totale în șansă poate fi găsită în romanul lui Luke Rhinehart, *Omul zar*, în care protagonistul ia o decizie fundamentală: să lase restul deciziilor în seama șansei, a zarului.[100] Ulterior, el ia fiecare decizie importantă în viață compilând o listă de opțiuni și lăsând zarul să decidă. Desigur, anumite decizii trebuie luate în legătură cu opțiunile ce vor fi incluse pe lista, însă ele sunt minore și relativ neangajante, deoarece fiecare opțiune are prea multe șanse să nu fie selectată. Comportamentul Omului zar e motivat de faptul că foarte multe aspecte ale personalității sale sunt înăbușite de „regula majorității", de care beneficiază restul trăsăturilor. Lăsând decizia în seama zarului, el oferă fiecărei părți oportunitatea de a exista. Deși Omul zar este prezentat ca un erou existențial, un individ care îmbrățișează libertatea totală (adică aleatoriul) și contingența, el poate fi considerat și ca reprezentând contrariul: o persoană care abdică de la libertate și responsabilitate. De fapt, ori de câte ori Omului zar i se cere să dea seama pentru un fapt deosebit de scandalos, el are un singur răspuns: „Zarul mi-a spus să o fac".

„Regulile" reprezintă iarăși un agent decizional la îndemână, iar indivizii au căutat permanent confortul unui set cuprinzător de reguli care să le ușureze durerea deciziei. Evreii ortodocși, care dau ascultare celor 513 legi iudaice, sunt scutiți de multe decizii, deoarece o foarte mare parte din comportamentul lor este prescris de ele, pornind de la ritualurile cotidiene ce însoțesc momentele zilei sau îndeplinirea corectă a unei acțiuni în momentele de răscruce din viață. Regulile societăților tradiționale adesea sufocă inițiativa și limitează ambiția și alegerea, însă oferă o binecuvântată despovărare în decizii precum căsătoria, divorțul, cariera, petrecerea timpului liber, alegerea prietenilor etc.

Bugental, descriind tratamentul unei paciente, decan al unei facultăți, ilustrează excelent modul în care „regulile" permit evitarea deciziei:

Doamna decan Stoddert a zâmbit fetei cu înțelegere, dar și cu o urmă de tristețe, spunând: „Înțeleg fără îndoială de ce ai făcut ce ai făcut, dar vezi, nu am de ales. Dacă aș face o excepție în cazul tău, ar trebui să fac excepții în cazul tuturor celor care au avut motive bune să încalce regulile. În scurtă vreme,

regulile și-ar pierde sensul, nu-i așa? Așa că, deși îmi displace profund, situația e clară, și trebuie să-ți interzic să intri în campus în următoarea lună".

Studenta, în lacrimi, a privit cu respect la decan. „E bine să știu că înțelegeți, însă cumva nu pare drept în circumstanțele date. Asta înseamnă că-mi voi pierde serviciul și nu știu dacă tata mă va mai putea întreține la facultate." Decanul și-a arătat înțelegerea, dar a ținut să arate că nu are de ales.

După ce studenta a plecat, doamna decan Stoddert s-a lăsat pe spătarul scaunului timp de un minut, pradă unor sentimente contradictorii. Pe de o parte, simțea satisfacția limpede că, într-un sfârșit, își educase sentimentele și judecata până într-acolo încât putea să arate fermitate când regulile o cereau. Timp de prea mulți ani, fusese înclinată mai degrabă să empatizeze cu ceilalți și nu fusese niciodată capabilă să aplice regulile consecvent...

Melancolic, Margaret Stoddert s-a gândit că a trebuit chiar să lupte pentru a deveni capabilă să controleze o situație cum o controlase pe aceasta. Paradoxal însă, nu era întru totul mulțumită. Se simțea vag neliniștită și căuta să se încredințeze că își făcuse treaba bine. Mai târziu în cursul zilei, întinsă pe canapeaua din cabinetul meu, ea se surprindea ruminând: „Nu știu ce mă tot supără în legătură cu acea întrevedere, dar *mă simt preocupată de câte ori mă gândesc la ea. Mă tot gândesc la ea. E ca și cum aș fi trecut ceva cu vederea,* dar *nu-mi dau seama ce ar putea fi..."*[101]

Margaret, după cum subliniază Bugental, în loc să aplice regulile, a ajuns să *i* se aplice regulile. Ea a conchis că „regulile au un sens independent", că regulile și validitatea lor transcend puterea de înțelegere și nevoile oamenilor. Margaret simțea un pericol în exercitarea alegerii. Motivarea pericolului era că „Dacă aș face o excepție în cazul tău, ar trebui să fac excepții în cazul tuturor celor care au avut motive bune să încalce regulile".

Însă de ce trebuie să fie așa? De ce consecvența ar trebui ridicată deasupra a orice? Existau însă motive mai presante pentru ca Margaret să dea ascultare regulilor, deși nu erau explicite în raportul clinic: e limpede că evitând decizia, Margaret evita rolul „decidentului". Se hrănea din iluzia că există un referent extern absolut, că ceea ce e rău și bine este deja hotărât. Cu această credință, Margaret își ascundea singurătatea existențială inerentă situației sale „reale", altfel spus că ea însăși își construia lumea, conferindu-i structură și sens.

Decizia joacă un rol central în terapia încununată cu succes. Deși terapeutul poate să nu se focalizeze explicit asupra deciziei sau nici măcar să îi dea importanță, deși terapeutul poate fi de părere că schimbarea se obține prin îndemnuri, interpretare sau în virtutea relației terapeutice, mașinăria schimbării este totuși pusă în mișcare de o decizie. Nicio schimbare nu e posibilă fără efort, iar decizia inițiază efortul.

Voi examina câteva abordări terapeutice ale deciziei, atât ale deciziei conștiente, cât și ale celei inconștiente. Unii pacienți vin la terapie chinuiți de faptul că trebuie să ia activ o decizie; unii au crize decizionale periodice pe parcursul terapiei; alții au probleme de durată în a lua decizii. Deși terapeutul nu descrie dinamica pacientului în termenii tulburărilor decizionale, totuși, potrivit enunțului din scurta relatare de la începutul părții a doua, „scopul psihoterapiei este de a aduce pacientul în punctul în care poate alege liber".

Abordări terapeutice ale deciziei: palierul conștient. Beatrice, o pacientă dintr-un grup de terapie, m-a sunat să-mi ceară o ședință de urgență din cauza unei crize decizionale acute. Cu trei luni înainte, prietenul său italian îi ceruse să se mute împreună. În acel moment, totul părea un aranjament temporar, deoarece trebuia să se întoarcă în țara sa de origine într-o lună. Totuși, plecarea sa a fost amânată, iar relația lor s-a deteriorat rapid. El bea mult, era violent cu ea, împrumuta de la ea sume mari de bani și se folosea de mașina și apartamentul ei. Beatrice era depășită de angoasă și disperată că nu putea să acționeze. Într-un final, după săptămâni de frământări, îi ceruse în dimineața acelei zile să plece, însă el refuzase, spunând că nu are nici bani și niciunde să stea. În plus, deoarece ea nu avea un act de închiriere pentru apartament și el avea exact același drept de a locui acolo. S-a gândit să cheme poliția, dar se îndoia că putea face ceva, câtă vreme nu poseda un act de închiriere. În plus, se temea să nu-și înfurie prietenul, deoarece era irascibil și perfect capabil să se angajeze într-o vendetă îndelungată împotriva ei.

Ce putea să facă? Trebuia să plece în patru-cinci săptămâni; spera să poată menține lucrurile pe linia de plutire până atunci, dar situația se deteriorase atât de mult, încât se simțea incapabilă să-i mai facă față. Dacă i-ar fi cerut să plece, ar fi putut să o agreseze fizic ori să-i distrugă mobi-

la sau mașina. În plus, era vital pentru ea să pună capăt relației de o manieră care să-l facă pe el să țină în continuare la ea. Ce trebuia să facă?

Beatrice se simțea paralizată, neavând aparent nicio alternativă. În timpul consultației de urgență, ea părea nedumerită de faptul că am pus problema să o internez. Am încercat să confrunt direct teama de o alegere și paralizia întrebând repetat: „Care-s alternativele?" Beatrice credea că nu există niciuna; însă când am insistat, ea a enunțat un număr de opțiuni. Putea să-l înfrunte mult mai deschis, cinstit și energic. Putea să-i comunice cât de devastatoare fusese toată experiența pentru ea și să-i spună cât de determinată era să nu mai petreacă nici măcar o zi cu el în apartament. Putea să insiste ca el să plece și putea să ceară consiliere juridică și protecție din partea poliției. Putea să ceară ajutor prietenilor ca să-l înfrunte. Se putea muta din apartament (nu avea niciun contract de închiriere și niciun alt document care o ținea acolo). Dacă se temea că îi va fi distrusă mobila, putea să apeleze la o companie specializată care să i-o mute într-un depozit. (Scump? Desigur, dar nu la fel de costisitor pe cât era să-i dea lui banii.) Putea cu ușurință să se mute la sora sa și așa mai departe. Spre finalul acestui exercițiu de enumerare a opțiunilor, ea deja nu se mai considera o prizonieră, sentimentul paraliziei se diminuase și se simțea capabilă să își planifice ce avea de făcut.

Ulterior acestei ședințe, am intrat în zone nu neapărat legate de chestiunea de față, dar care pot arunca totuși o lumină suficientă asupra problemelor care acompaniază luarea deciziei. Beatrice s-a simțit mai bine după ședință. Și-a trecut în revistă opțiunile și a ales să-și înfrunte torționarul. Și-a adunat puterile și i-a spus că nu mai poate continua așa, iar el trebuie să plece. Deși mi-a zis că îi vorbise și înainte, mesajul nu fusese receptat, deoarece acum răspunsul la spusele sale a fost unul imediat și favorabil. Și-a făcut bagajele, și-a găsit unde să locuiască și a fost de acord să plece chiar de a doua zi.

Seara a fost de acord să aibă o ultimă cină cu el, iar în cursul conversației el a remarcat cu emoție că e păcat ca doi indivizi raționali care se plăceau nu puteau să găsească un mod de a trăi împreună prietenește. Ce a replicat Beatrice? „Mi-ar plăcea și mie", a declarat ea. Așa că au desfăcut bagajele, iar el s-a instalat la loc.

În cadrul ședinței de grup de peste patru zile, Beatrice a inaugurat întâlnirea cu o relatare a incidentului. A descris o scurtă ceartă, ședința cu

 mine, hotărârea de a-i cere prietenului său să plece, restabilirea legăturilor și cele vreo două zile de relații mult mai bune. Nu a menționat însă pericolul extraordinar, violența suferită, băutura, exploatarea financiară sau amenințările. Am fost uluit de relatarea sa; după ce Beatrice a terminat, am spus grupului că și eu avusesem săptămâna care trecuse o experiență pe care doream să le-o împărtășesc. „O tânără extrem de angoasată m-a sunat...", am început eu, continuând să relatez în aceeași cheie propria versiune a ședinței. Descrierile noastre erau atât de diferite că grupului i-a trebuit câteva minute să își dea seama că descriam același incident.

De ce a distorsionat Beatrice informația comunicată grupului? Inconștient, trebuie să fi realizat că, dacă furniza grupului și, implicit, sieși, o imagine exactă a relației, membrii vor trage concluzia că ea trebuie să îi pună capăt. (Și de fapt fiecare din prietenii săi i-a oferit un astfel de răspuns. Printre replicile cele mai calme erau: „Dă-l pe măgar afară!", „Ești nebună?", „Scapă de nenorocit!", „De ce accepți tot rahatul ăsta?") La un nivel profund, Beatrice aprecia că luase o decizie irațională, una care nu era în mod clar în interesul său. Însă *decisese* și dorea să evite angoasa disonanței cognitive. Pe măsură ce evalua opiniile membrilor grupului, devenea clar că, pentru confortul său, era necesar ca să disimuleze faptele care i-ar fi făcut să conchidă că decisese greșit.

Ședința mea de urgență cu ea redusese panica lui Beatrice, ajutând-o să vadă opțiunile disponibile. Această tehnică e îndeobște eficace în cazul panicii legate de decizii; însă e important ca terapeutul să țină minte că *pacientul, și nu terapeutul,* e cel care trebuie să genereze opțiunile și să aleagă între ele. Ajutându-și pacienții să comunice eficace, unul dintre primele principii expuse de psihoterapeuți e că fiecare trebuie să își „stăpânească" propriile sentimente. E la fel de important ca fiecare *să își ia în posesie și propriile decizii.* O decizie a altuia nu e câtuși de puțin o decizie: este probabil ca individul să nu se angajeze în a o duce la îndeplinire și, chiar dacă o face, nu survine nicio schimbare în procesul decizional – individul nu o va extrapola la următoarea decizie. Terapeutul trebuie să reziste rugăminților pacientului de a lua în locul lor o decizie. Terapeuții novici nu o fac și cad în capcana de a hotărî pentru pacienți. Un astfel de terapeut se va simți mai târziu nu numai dezamăgit, dar, în mod curios, și trădat sau supărat pe pacientul care nu se conformează deciziei. Dacă terapeutul pre-

ia sarcina deciziei de pe umerii pacientului, atunci întregul centru al terapiei va fi mutat de pe zona crucială a responsabilității și a deciziei, în zona obedienței sau a împotrivirii față de autoritate.

E important să nu uităm că fenomenul deciziei nu se sfârșește cu o decizie sau cu eșecul de a ajunge la una. Individul trebuie să se decidă, iarăși și iarăși. A eșua în a duce la îndeplinire o decizie nu înseamnă a o compromite pentru totdeauna și nu trebuie să aibă repercusiuni asupra următoarei decizii. În plus, dintr-un astfel de eșec se pot învăța multe. Există, de asemenea, momente când pacientul nu e capabil sau nu e pregătit să ia o decizie: alternativele pot fi la fel de tentante; de asemenea, angoasa și anticiparea regretului pot fi prea mari, în vreme ce înțelegerea „sensului" deciziei (de care voi vorbi în curând) e prea scăzută. Terapeutul poate ușura situația pacientul dacă îl va încuraja în decizia de a nu se decide în astfel de momente.

Capacitățile decizionale ale multor pacienți sunt paralizate de teama de consecințe. Ce se întâmplă dacă demisionez, dar nu pot găsi o altă slujbă? Ce se întâmplă dacă, atunci când îmi las copiii singuri, acestora li se întâmplă ceva? Ce se întâmplă dacă voi consulta un alt doctor, și pediatrul află? O analiză logică, sistematică a posibilităților e un lucru util. Terapeutul poate, de pildă, cere pacientului să se gândească la scenariile care urmează fiecărui „dacă": să își închipuie că se întâmplă, urmărind consecințele fiecărei alternative, pentru ca să aibă experiența sentimentelor astfel generate și să le analizeze.

Deși astfel de abordări conștiente pot fi utile, ele suferă de limitări severe, întrucât o bună parte din dilema deciziei se regăsește pe un nivel subteran și e impermeabilă la abordările raționale. Acum două mii de ani, Aristotel spunea, cred, că întregul este mai mult decât suma părților, iar înțelepciunea populară a reflectat întotdeauna asupra acestei idei, după cum se vede în anecdota evreiască despre băiatul căruia nu îi plăcea să mănânce kreplach. Mama băiatului încearcă să-l scape pe copil de dezgustul extraordinar pentru kreplach (un fel de paste umplute cu carne). Cu trudă, ea pregătea kreplach în bucătărie. Răbdătoare, ea îi arăta cum gătește și discuta fiecare ingredient. „Vezi, ție îți plac și făina, și ouăle, și carnea" etc. Copilul a aprobat-o imediat. „Atunci am rezolvat problema, pentru că asta-i tot ce intră în kreplach". Însă la auzul cuvântului „kreplach", copilului i s-a făcut iar greață.

Abordări terapeutice ale deciziei: nivelurile inconștiente. Cum poate aborda terapeutul aspectele inconștiente ale deciziei, ceea ce Farber numea „primul domeniu al voinței". Răspunsul este că indirect. Oricât ar dori-o, terapeuții nu pot crea voință sau angajament, nu pot apăsa pe butonul declanșator al voinței și nici nu pot inspira pacientului hotărâre. Însă ei pot influența factorii care influențează voința. Nimeni nu suferă de o absență congenitală a voinței. După cum Robert White[102] și Karen Horney[103] au demonstrat cu măiestrie, în înzestrarea ființei omenești se găsește o pulsiune spre eficiență, către stăpânirea propriului mediu, către a deveni ce poți deveni. Pe parcursul creșterii, voința este blocată de obstacole; mai târziu, aceste obstacole sunt internalizate, iar individul devine incapabil să acționeze, chiar dacă nu există factori obiectivi care să-l împiedice. Sarcina terapeutului este de a da o mână de ajutor în eliminarea acestor obstacole. Când acest lucru s-a realizat, individul se va dezvolta natural – la fel cum din sământă crește o plantă, pentru o cita pe Horney.[104] *De aceea, sarcina terapeutului nu este de a crea voință, ci de a ridica barierele din fața voinței.*

Voi descrie câteva abordări ale acestei sarcini. Terapeutul trebuie înainte de toate să-și ajute pacientul să realizeze inevitabilitatea și omniprezența deciziei. Terapeutul ajută pacientul să „încadreze" sau să pună în perspectivă o anumită decizie, asistându-l în scoaterea la lumină a implicațiilor mai profunde (a „sensului") deciziei. Într-un final, prin intermediul acestei înțelegeri, terapeutul va încerca să trezească voința adormită.

Inevitabilitatea și omniprezența deciziei. O persoană nu poate să nu decidă. Oricât ne-am dori contrariul, deciziile sunt inevitabile. Întrucât ne constituim pe noi înșine, deciziile reprezintă atomii ființei astfel create. Acceptarea propriilor decizii reprezintă primul pas din cadrul terapiei pe calea asumării responsabilității. În stadiile ulterioare, travaliul terapeutic va consta în rafinarea și aprofundarea acestei înțelegeri. Pacientul este ajutat nu doar să-și asume responsabilitatea, ci și să descopere, una câte una, propriile tactici de evitare.

Dacă vom accepta omniprezența propriilor decizii, atunci ne vom confrunta cu propria situație existențială de o manieră autentică. Amânarea înseamnă decizie, după cum rezultatele unei deciziei proprii sunt și eșecul, alcoolismul și faptul de a fi sedus, exploatat sau prins în capcană. Decidem chiar și cu privire la faptul de a rămâne în viață. Nietzsche spunea că doar în momentul în care cineva s-a gândit serios la sinucidere își ia în

serios și viața. Mulți pacienți bolnavi de cancer cu care am lucrat suferiseră adrenalectomii (parte a tratamentului carcinomului mamar) și trebuiau să ia zilnic cortizon pentru a compensa dezechilibrul organismului. Mulți își luau tabletele la fel de automat pe cât se spălau pe dinți, însă alții își dădeau seama că decid în fiecare zi să rămână în viață. Impresia mea e că înțelegerea acestei decizii îmbogățește viața și ne încurajează să ne dedicăm sarcinii de a trăi pe cât de deplin putem.

Unii terapeuți își ajută pacienții să sesizeze omniprezența deciziei, amintindu-le de deciziile pe care trebuie să le ia în cadrul terapiei. Astfel, după cum am văzut, Kaiser recomanda un format de terapie totalmente „lipsită de predeterminări", iar Greenwald cerea insistent pacienților să ia decizii cu privire la formatul terapiei – altfel spus, dacă vrea să se aplece asupra viselor, câte ședințe să aibă și așa mai departe.[105]

Terapeuții ar trebui să-și ajute pacienții să-și dea seama pe deplin de metadecizii – adică de deciziile despre decizii – deoarece unii dintre pacienți încearcă să nege importanța deciziilor, convingându-se că s-au decis să nu se decidă. O astfel de decizie este de fapt o decizie să nu se decidă *activ*. Decizia nu poate fi evitată cu totul, dar el poate decide să decidă *pasiv* – de pildă, lăsând pe altul să decidă în loc. Cred că modul în care sunt luate deciziile este de cea mai mare importanță. O abordare activă a deciziei este consonantă cu o acceptare activă a propriilor puteri și resurse.

Mulți pacienți pe care i-am descris anterior ilustrează acest principiu. De exemplu, Beatrice, al cărei prieten nu voia să plece din apartament, nu prea se întreba care decizie era mai avantajoasă pentru ea. Când i-am cerut să-și imagineze cum se va simți peste o lună, când el va fi părăsit țara, răspunsul a fost: „Încântată". Pacienta care se ruga să-și prindă soțul în pat cu o altă femeie își punea și ea foarte puțin problema a ce vrea cu adevărat. Totuși, niciuna nu voia să ia activ decizia de a-și elimina bărbatul din viață; și, aranjând ca altul să ia decizia, fiecare luase decizia să decidă pasiv. Totuși, fiecare a plătit un preț pentru propria decizie legată de cum să decidă. Ambele paciente aveau respectul de sine afectat, iar modul în care evitau decizia contribuia la disprețul față de sine. Cine vrea să se îndrăgească, trebuie să se comporte în moduri de care să fie mândru.

Bill, pacientul meu, se chinuia de un an să încheie relația cu o femeie, Jean. În mod constant, i-am arătat că *modul* în care lua deciziile era extrem

 de important, însă el a negat cu insistență că ar lua vreo decizie. Spunea că nu se putea decide în legătură cu o anumită relație deoarece munca sa îi depășea puterile, iar Jean îi era foarte utilă. I-am subliniat că el alegea să o invite la birou seara să-l ajute. Jean era extrem de săritoare când era în criză, spunea el. I-am sugerat nu doar că avea de ales cu privire la situațiile în care intra în criză (de pildă, depășind inutil anumite termene-limită, ceea ce conducea la o confruntare umilitoare cu șeful), dar alesese liber să-i spună lui Jean despre criză și să-i ceară ajutor.

Într-un final, Bill a luat decizia să încheie relația, însă era o decizie pe care și-o ascunsese. Decizia era să decidă pasiv: să o convingă pe Jean să încheie relația. A ales să pregătească o îndepărtare subtilă și gradată; îi oferea lui Jean atât de puțină afecțiune, că, până l-a urmă, l-a părăsit pentru un alt bărbat. Trecuse prin acest ciclu de mai multe ori, și de fiecare dată se simțise respins și lipsit de valoare. Principala problemă a fost că era copleșit de dispreț față de propria persoană; un obiectiv al terapiei a fost să-l ajute să înțeleagă faptul că modul ignobil în care lua deciziile a contribuit la disprețul de sine.

Contextualizarea deciziei. În descrierea diferenței dintre cele două domenii ale voinței (conștient și inconștient), Farber spunea că poți „să-ți dorești să te culci, dar nu și să dormi".[106] Terapeutul poate din când în când să fie capabil să influențeze nivelurile profunde ale voinței prin recontextualizarea deciziei, furnizând o perspectivă nouă pacientului. Un incident personal este grăitor.

Cu mai mulți ani în urmă, suferisem o perioadă de insomnie gravă. Insomnia era legată de încordare și se amplifica masiv când călătoream ca să susțin o conferință. Îmi era teamă mai ales de o călătorie de acest gen la Cleveland, pe care îl consideram un „oraș unde se dormea prost", deoarece avusesem parte de o noapte nedormită extraordinar de inconfortabilă acolo. Teama inițiază desigur un cerc vicios: angoasa că nu vei dormi dă naștere la insomnie.

Întotdeauna am profitat de episoadele mele dificile pentru a mă familiariza cu diferitele abordări terapeutice, iar cu această ocazie am consultat un terapeut comportamental. În cele patru sau cinci ședințe cu el, am efectuat o desensibilizare sistematică și am utilizat înregistrări audio destinate relaxării musculare, însă niciuna nu a fost de foarte mare ajutor. Totuși, când ieșeam din cabinetul său, terapeutul a făcut o remarcă întâm-

plătoare, care mi-a fost de un enorm folos. El a spus: „Când îți faci bagajele pentru Cleveland, nu uita să iei cu tine un revolver". „De ce?", l-am întrebat eu. „Ei bine, a replicat el, dacă nu poți să dormi poți să te împuști." Comentariul a atins o coardă undeva în profunzime și, chiar și acum, după ani, o consider o manevră terapeutică inspirată.

Cum anume a funcționat? E dificil de explicat cu precizie, dar a recontextualizat situația și a pus-o într-o perspectivă existențială care îi dădea sens. E chiar experiența pe care am observat-o la pacienții care au trecut pe lângă moarte. În capitolul 2, am descris o pacientă cu un cancer avansat care a declarat că, în ce o privește, confruntarea cu moartea a ajutat-o să „banalizeze ce-i banal în viață" sau să înceteze să facă lucrurile pe care nu le dorește. Astfel de pacienți, ca urmare a unei întâlniri cu moartea, au fost capabili să ia distanță față de contextul ce le înconjoară viața de fiecare zi și să experimenteze relativa lipsă de importanță a deciziilor cotidiene din punctul de vedere al unicului lor ciclu de viață.

Dacă acoperim o întreagă tapiserie, mai puțin o porțiune mică, atunci detaliile rămase la vedere capătă vivacitate – o vivacitate care pălește când restul tapiseriei e din nou descoperit. La fel, tehnica „schimbării de perspectivă" este un proces de decontextualizare și descoperire. Însă cum decontextualizează și descoperă terapeutul tapiseria existenței? Unii terapeuți recurg explicit la rațiune. De exemplu, am observat cum Viktor Frankl, un terapeut existențial, încerca să trateze un pacient care era frământat de o serie de decizii chinuitoare: Frankl i-a cerut să mediteze asupra nucleului ființei sale pe care să-l delimiteze, pentru a realiza astfel că deciziile sale chinuitoare implicau preocupări pentru ceea ce se află dincolo de această limită, pentru aspecte meschine ale vieții.

Acest gen de apeluri la rațiune sunt totuși în general ineficace când vine vorba să răstoarne perspectiva. Adesea e nevoie e o confruntare imediată cu o situație-limită, care aruncă individul într-o stare unde își dă seama de propria situație existențială. Ca atare, multe din tehnicile pe care le-am descris în capitolul 5 și care ne ajută să ne confruntăm cu propriul caracter muritor vor influența adesea procesul decizional.

Sensul deciziei. Orice decizie posedă o componentă vizibilă conștientă ca și o uriașă componentă subterană, inconștientă. Toate deciziile sunt înzestrate cu o dinamică proprie și reprezintă o alegere între mai mulți factori, unii dintre ei scăpându-ne cu totul. Pentru a ajuta pacientul aflat în

 fața unei decizii greu de luat, terapeutul trebuie să cerceteze multiplele sensuri subterane, inconștiente pe care hotărârea le are. Una dintre deciziile cu care se lupta Emma, o văduvă de șaizeci și șase de ani, este elocventă.

Emma mi-a cerut să o văd datorită angoasei legate de decizia de a-și vinde reședința de vară, o proprietate luxoasă aflată la circa o sută cincizeci de mile de locuința sa. Casa necesita vizite frecvente, căci trebuia să acorde atenție grădinilor, întreținerii, pazei și servitorilor, ceea ce presupunea cheltuieli mari. Părea o povară fără rost pentru o bătrână fragilă, cu sănătatea precară. Desigur, trebuiau luați în considerare și factorii financiari. Era piața într-un moment de vârf sau proprietatea va continua să își sporească valoarea? Putea să-și investească banii mai profitabil în altă parte? Emma rumina continuu cu privire la aceste chestiuni. Însă, deși importante și complexe, ele păreau insuficiente pentru a explica situația sa dificilă. De aceea, am încercat să explorez sensul profund al deciziei sale.

Soțul său murise în urmă cu un an, iar ea îl plângea. Petrecuseră multe veri plăcute în acea casă și fiecare cameră era încă plină de prezența sa. Emma schimbase puține lucruri în casă: orice cotlon era plin de obiecte personale ale soțului: sertarele și dulapurile erau pline cu hainele sale. Se agăța de casă după cum se agăța de amintirea lui. De aceea, decizia cu privire la vânzarea casei necesita o decizie mai profundă din partea Emmei – decizia să se împace cu pierderea pe care o suferise și cu faptul că soțul nu se mai întoarce niciodată.

Casa fusese atât de des vizitată de un număr mare de prieteni, că ajunsese să o numească „hotel". Deși ura drumul de trei ore în mașină și resimțea cheltuielile de întreținere, se simțea extrem de singură și simțea nevoia de companie. Emma avusese întotdeauna sentimentul că posedă resurse interioare puține pe care să le ofere prietenilor, iar de la moartea soțului se simțea încă și mai goală pe dinăuntru și inutilă. „Cine m-ar vizita să mă vadă pe *mine*?", gândea ea. Casa era punctul său de atracție. Astfel, decizia de a o vinde însemna să pună la încercare loialitatea prietenilor și amenințarea singurătății și a izolării.

Casa fusese proiectată și construită de tatăl său, iar pământul pe care era amplasată fusese al familiei de generații. Marea tragedie din viața Emme era că nu avea copii. Întotdeauna se gândise că proprietatea va fi moștenită de copiii săi și de copiii copiilor săi. Însă ea era ultima ramură

din arborele genealogic: filiaţia se termina cu ea. Decizia de a vinde casa ar fi însemnat să recunoască eşecul unuia dintre marile sale proiecte de nemurire simbolică.

Decizia Emmei nu era una obişnuită. Când *sensul* deciziei a fost explorat, a devenit clar că implicaţiile erau într-adevăr extraordinare: ea decidea dacă să recunoască pierderea soţului, să înfrunte izolarea şi posibila singurătate şi să-şi accepte finitudinea. Dacă m-aş fi mulţumit să o ajut să se decidă pe baza utilităţii, a stării precare de sănătate sau a factorilor financiari, aş fi ratat cu totul miza tulburării Emmei şi oportunitatea de a o ajuta de o manieră fundamentală. Am folosit decizia de vânzare a casei ca pe o trambulină către aceste chestiuni mai profunde şi am ajutat-o pe Emma în doliul pentru soţul său, pentru ea însăşi pentru copiii săi nenăscuţi. În momentul în care sensurile mai adânci ale deciziei sunt examinate, decizia se iveşte cu uşurinţă; şi după circa douăsprezece şedinţe, Emma a luat fără efort decizia să vândă casa.

Mulţi terapeuţi din ziua de astăzi caută „sensul" unei decizii explorând „beneficiul" său. Greenwald, care a construit o întreagă abordare („terapia decizională") psihoterapeutică în jurul luării de decizii, subliniază importanţa analizei beneficiilor.[107] Orice decizie este legată de beneficii – unele conştiente, altele inconştiente. Dacă pacientul este incapabil să dea curs unei decizii, terapeutul va trebui să presupună că pacientul a luat o altă decizie, care îşi are propriile beneficii. Dacă pacientul doreşte să se schimbe, dar nu se poate decide să se schimbe, terapeutul nu va trebui să se focalizeze pe refuzul de a decide, ci asupra deciziei *luate* de fapt – decizia pacientului de a rămâne cum este. Conservarea maladiei este şi ea o decizie, posedându-şi beneficiile tangibile sau simbolice invariabile – de pildă, pacientul poate obţine o pensie, solicitudinea prietenilor sau serviciile continue ale terapeutului.

Decizia nu va fi urmată decât dacă individul şi-o „apropriază", iar beneficiile deciziilor opuse sunt recunoscute şi respinse. Astfel, un pacient care îşi exprimase dorinţa de a nu se mai droga a fost întrebat de Greenwald: „De ce?", după care au explorat împreună toate beneficiile drogurilor, cum ar fi eliminarea angoasei, euforia sau eliminarea responsabilităţii.[108] Individul îşi va „apropria" mai uşor o decizie dacă descoperă limitele tuturor beneficiilor contrare. Doi pacienţi dintr-un grup de terapie pe care îl conduceam doreau o relaţie sexuală, dar au decis să nu o ia pe această cale din cauza „regulilor" mele. Am subliniat că nu am stabi-

 lit nicio regulă, iar mai apoi am întrebat pacienții care sunt beneficiile deciziilor luate. Când le-au pus în discuție și au înțeles că grupul însemna mult pentru ei, iar relația lor sexuală va sabota grupul, decizia a devenit *a lor* și a prins rădăcini mult mai adânci decât dacă eu, terapeutul, aș fi luat-o pentru ei.

„Beneficiu" e un termen nou pentru un concept vechi. Indiferent dacă ne referim la „sensul", „beneficiul" sau „beneficiul secundar", vizăm de fapt ideea că orice decizie luată de cineva îi oferă beneficii. Chiar dacă decizia pare distructivă pentru el, vom constata întotdeauna că ea posedă un sens în cadrul lumii experiențiale a individului și că, de o manieră extrem de personalizată și simbolică, ea are ca efect conservarea. Totuși, există numeroase decizii al căror sens va fi greu înțeles de terapeut, datorită faptului că provin din adâncimile inconștientului.

Insight-ul și decizia

Relația precisă între înțelegerea profundă (*insight*) și decizia de a te schimba a fost întotdeauna misterioasă. Deși textele psihanalitice pun de obicei semnul de egalitate între insight și schimbare, ele utilizează o argumentare circulară, care securizează adevărul propoziției că motivul pentru care pacientul nu se schimbă e că nu a dobândit suficient *insight*. Chestiunea este cu atât mai problematică, cu cât lipsa unei definiții precise pentru „insight". În cel mai larg sens clinic, termenul se referă la descoperirea propriului interior, la o percepție interioară profundă. Însă clinicienii diferă mult în concepțiile despre *tipul* de autodescoperire de sine care favorizează schimbarea. Este vorba despre înțelegerea modului în care persoana se comportă cu alții? Sau despre înțelegerea motivației curente din spatele comportamentului? Ori e vorba de înțelegerea surselor infantile (adesea numite greșit „cauze" genetice) ale comportamentului. Freud a susținut permanent că insight-ul transformator este cel al cauzelor timpurii ale comportamentului, și credea că succesul terapiei depinde de excavarea celor mai vechi straturi ale amintirii. Alți terapeuți cred că insight-ul eficace constă în descoperirea dinamicilor active la momentul curei. Spre exemplu, Emma, văduva care trebuia să decidă dacă să vândă reședința de vară, a avut o evoluție pozitivă ca urmare a descoperirii dinamicii curente, fără a lua însă în calcul chestiunea genetică, a lui „Cum ai ajuns să fii așa cum ești?"

Este nevoie întotdeauna de insight? Cu siguranță, nu. Orice clinician a avut parte de pacienți care au suferit schimbări substanțiale și în absența insight-ului. Am discutat mai sus cazurile de schimbare survenite ca urmare a unei modificări radicale de perspectivă – o schimbare care nu poate fi explicată decât cu un palid „am învățat să apreciez ce am" sau „m-am decis să îmi trăiesc viața în loc să o amân" – comentarii care pot fi considerate doar cu multă indulgență drept insight. Indivizii parcurg terapia în varii moduri: unii profită de pe urma insight-ului; alții profită de alte mecanisme de schimbare; unii pot dobândi o înțelegere profundă *ca rezultat* al schimbării, și nu invers. May declara că „nu pot percepe ceva câtă vreme nu îl pot concepe".[109] Suntem adesea capabili să percepem adevărurile despre noi înșine doar după ce am luat o anumită atitudine față de schimbare. În momentul în care am luat decizia, când m-am angajat, atunci mi-am constituit lumea diferit și sunt capabil să remarc adevăruri care înainte îmi erau ascunse.

Deși există o discuție considerabilă, fără a se fi ajuns la un acord, despre *tipul* de insight cel mai apt de a produce schimbarea, literatura este extrem de tăcută în legătură cu modul *cum* înțelegerea produce schimbarea. Multe din explicațiile tradiționale – de pildă, transformarea inconștientului în conștient, subminarea rezistențelor, examinarea trecutului, reintegrarea materialului disociat, existența unei experiențe emoționale corective – detaliază problema, dar încă nu răspund la întrebare, deoarece nu furnizează un mecanism precis pentru influența exercitată de insight.

Constructul psihologic al voinței și mai ales conceptul voinței – procesul care face trecerea de la dorință la acțiune – furnizează clinicianului un model prin care să explice felul în care insight-ul este un catalizator pentru schimbare. Sarcina terapeutului este de a ridica piedicile puse voinței; insight-ul e unul dintre instrumentele importante de care dispune terapeutul pentru a-și duce la îndeplinire misiunea.

În secțiunea care urmează voi arăta că înțelegerea interioară profundă cauzează schimbarea (1) facilitând dezvoltarea relației terapeut-pacient și (2) printr-o serie de tactici care ajută terapeutul să elibereze voința sugrumată a pacientului: aceste strategii vizează să facă pacientul capabil să realizeze că *doar* el poate schimba lumea pe care a creat-o; că nu există niciun pericol în schimbare: că, pentru a avea parte de ce își dorește cu *adevărat* el trebuie să se schimbe; că stă în puterea oricărui individ să se schimbe.

Facilitarea relației pacient-terapeut

O relație pacient–terapeut bazată pe disponibilitate este crucială în cadrul procesului de schimbare. Ca urmare a preocupării și acceptării necondiționate venite din partea terapeutului, pacientul își sporește afecțiunea și stima pe care și-o poartă. Stima față de propria persoană dă naștere credinței în propriul drept de a dori și de a acționa. Voința pacientului se exercită întâi în arena terapeutică, unde este acceptată și susținută de terapeut. Odată ce credința pacientului în distructivitatea propriei voințe e infirmată în situația terapeutică, acesta va deveni încetul cu încetul capabil să voiască efectiv și în alte domenii.

Însă cum anume catalizează relația terapeutică insight-ul? Indirect! Insight-ul e un epifenomen – un mijloc care servește unui alt mijloc, unui alt instrument terapeutic. Este un fertilizant al relației! Căutarea înțelegerii furnizează un context pentru dezvoltarea relației terapeut-pacient; este liantul care leagă terapeutul și pacientul; îi ține ocupați într-o activitate care oferă ambilor satisfacții (pacientul obține gratificații prin aceea că lumea sa interioară este scrutată cu multă atenție; terapeutul este sedus de provocarea intelectuală); iar în această vreme agentul *real* al schimbării, relația terapeutică, germinează în tăcere.

Insight-uri strategice

Dincolo de rolul său în dezvoltarea relației terapeut–pacient, insight-ul poate favoriza procesul volitiv de o manieră mult mai directă. Terapeutul îl ajută pe pacient să capete autocunoașterea care influențează voința. Următoarele „insight"-uri constituie patru dintre cele mai comune moduri în care terapeutul poate acționa asupra pacientului a cărui voință este încătușată.

„Doar eu pot schimba lumea pe care mi-am creat-o." În capitolul anterior, am prezentat mai multe tehnici prin care pacienții pot fi ajutați să își dea seama de responsabilitatea pe care o poartă pentru condiția lor. În momentul în care un pacient apreciază la adevăratele lor dimensiuni implicațiile propriei responsabilități, terapeutul trebuie să-l ajute să înțeleagă că responsabilitatea e ceva continuu: nimeni nu-și creează o situație eternă, ci, mai degrabă, se creează continuu pe sine. De aceea, responsabilita-

tea pentru creația trecută implică responsabilitatea pentru schimbarea din viitor. Ulterior, terapeutul îl ajută pe pacient să facă micul pas către a-și da seama că, după cum suntem *singurii* responsabili pentru ce suntem, la fel, suntem *singurii* responsabili pentru schimbare. Pentru a se schimba, pacientul trebuie să ajungă la următorul insight: „Dacă eu și numai eu mi-am creat lumea, atunci sunt *sigurul* care o poate schimba". Schimbarea e un proces activ: voința se ivește doar dacă ne schimbăm în mod activ. Nimeni altcineva nu ne poate schimba sau să schimbe ceva pentru noi.

Acest insight este deopotrivă simplist și profund. Deși poate fi ușor pus în cuvinte, iar mecanismul său este exortativ la bază, implicațiile sale sunt foarte profunde.

„Schimbarea nu prezintă pericole." Mulți pacienți nu pot lua decizia crucială de a se schimba din cauza unei puternice credințe, adesea inconștiente, că li se va întâmpla o nenorocire dacă se schimbă. Natura calamității închipuite variază de la persoană la persoană: unii se tem să nu fie acaparați dacă ar fi să dezvolte raporturi cu ceilalți; alții se tem de respingere sau umilire dacă vor deveni mai spontani sau mai deschiși; unora le e teamă că li se va întâmpla o calamitate ca urmare a încercărilor de autoafirmare, alții se tem de abandon și izolare în cazul unui comportament autonom.

Aceste nenorociri închipuite constituie bariere în fața voinței, iar terapeutul trebuie să caute metode să le ridice. Procesul de identificare și etichetare a nenorocirii închipuite poate el însuși să capaciteze pacientul să înțeleagă cât de departe de realitate îi sunt temerile. O altă abordare constă în a încuraja pacientul să manifeste în cadrul terapiei, gradat, acele aspecte comportamentale de care se teme. Nenorocirea închipuită nu se va petrece, desigur, iar teama se va potoli treptat. De pildă, pacientul poate să evite comportamentul agresiv din cauza unei temeri adânc înrădăcinate că este posesorul unui stoc de furie ucigașă care necesită vigilență continuă spre a nu se dezlănțui și a nu aduce asupra pacientului oprobiul public. Terapeutul îl va ajuta pe un astfel de pacient să își exprime agresivitatea în doze bine drămuite în cadrul terapiei: enervarea că e întrerupt, iritarea față de failibilitatea terapeutului, revolta că terapeutul îi cere bani și așa mai departe. Încetul cu încetul, pacientul învață să se demitizeze, să nu se mai vadă drept o ființă străină și asasină.

„Trebuie să mă schimb ca să capăt ce vreau." Ce împiedică indivizii să ia decizii care sunt clar în propriul avantaj? Un răspuns evident e că pacien-

tul, care pare să își saboteze propriile nevoi și scopuri mature, își satisface un *alt* set de nevoi care sunt adesea inconștiente, incompatibile cu primele. Cu alte cuvinte, pacientul are motive aflate în conflict, cărora nu le poate da satisfacție simultan. De exemplu, pacientul poate dori conștient să stabilească o relație heterosexuală matură, dar inconștient dorește ca cineva să aibă grijă de el asemenea unui copil, să fie răsfățat, să fie ocrotit de terifianta libertate a vârstei adulte sau, pentru a folosi un alt limbaj, în cazul bărbatului, să își tempereze angoasa de castrare prin identificarea cu mama. Evident, pacientul nu poate satisface ambele dorințe: el nu poate demara o relație heterosexuală cu o femeie dacă, *sotto voce*, el spune: „Ai grijă de mine, protejează-mă, răsfață-mă, lasă-mă să fiu o parte din tine".

Terapeutul folosește insight-ul pentru a înlătura o astfel de piedică în calea funcționării voinței și speră ca pacientul să își dea seama că este supus unor nevoi și scopuri contradictorii și că fiecare decizie, inclusiv cea de a nu decide, satisface anumite nevoi – altfel spus, are un „beneficiu". Când pacientul realizează pe deplin natura nevoilor sale antagonice, terapeutul îl va ajuta să își dea seama că, întrucât nu toate nevoile pot fi satisfăcute, trebuie să aleagă între ele și să renunțe la cele ce nu pot fi satisfăcute decât cu un cost enorm pentru propria integritate și autonomie. Când pacientul își dă seama de lucrurile pe care le dorește „cu adevărat" (ca adult), dar comportamentul este de natură să satisfacă nevoi opuse, care întârzie dezvoltarea, acesta va ajunge treptat la concluzia că „trebuie să mă schimb ca să capăt ce vreau".

„Am puterea să mă schimb." Mulți indivizi își dau seama că nu iau sau că nu vor lua acele decizii care sunt avantajoase pentru ei. Experiența lor internă e una de neputință generată de confuzie; ei se simt victime, și nu stăpâni, ai propriului comportament. Câtă vreme domină o astfel de stare subiectivă, posibilitatea unei acțiuni decise și constructive din partea pacientului este redusă.

Terapeutul încearcă să contracareze confuzia și neputința pacientului prin explicații, spunând: „Te comporți așa deoarece..." Propoziția care urmează după „deoarece" implică de obicei factori motivaționali care se situează dincolo de ce își dă seama pacientul. Cum îl ajută această strategie pe pacient să se schimbe?

Explicația este un adversar puternic al neputinței generate de ignoranță. A explica, a identifica și a numi sunt toate parte a tipicului după care

se dezvoltă transformarea într-un stăpân sau măcar sentimentul stăpânirii de sine care, mai departe, dă naștere unui comportament eficace. Ființele omenești au urât incertitudinea întotdeauna și au căutat, pe parcursul istoriei, să ordoneze universul prin explicații, mai ales științifice și religioase. Explicația fenomenului este un prim pas către a-l controla. Dacă, de exemplu, băștinașii trăiesc cu teama erupțiilor impredictibile ale unui vulcan din apropriere, primul pas în înstăpânirea asupra situației lor va consta într-o explicație. Pot, de pildă, să explice erupția drept manifestarea unui zeu al vulcanului, care e nemulțumit. Deși circumstanțele externe pot rămâne aceleași, lumea lor fenomenologică e modificată de explicație. În plus, și asta e foarte important, devine disponibilă o acțiune care sporește sentimentul lor că dețin un control: dacă explozia vulcanică se datorează nemulțumirii zeului, atunci trebuie să existe metode prin care el să fie îmbunat și eventual controlat.

Jerome Frank, într-un studiu al reacțiilor americanilor la o boală din Pacificul de Sud nefamiliară (schistosomiază), a demonstrat că angoasa secundară provenită din incertitudine creează chiar mai multă panică decât cea generată de maladia însăși.[110] Lucrurile stau la fel cu pacienții psihiatrici: teama și angoasa date de incertitudinea sursei, sensul și gravitatea simptomelor psihotice se pot amesteca atât de bine în disconfortul total, că explorarea eficace devine mult mai dificilă. Terapeutul poate interveni, cu efect, furnizându-i pacientului o explicație care să îi ofere acestuia din urmă posibilitatea de a-și vedea disconfortul prin prisma unei scheme coerente. Grație explicației, terapeutul ajută pacientul să pună ordine în fenomene care înainte îi erau nefamiliare și să le simtă ca fiind sub propriul controlul. De aceea, insight-ul dă pacientului posibilitatea să simtă că *„sunt puternic, am puterea de a mă schimba"*.

Consecința cea mai de seamă a acestui șir de etape e că ce contează este mai degrabă *procesul* (altfel spus, furnizarea insight-ului), și nu *conținutul* insight-ului. Funcția interpretării e de a furniza pacientului un sentiment al controlului; din acest motiv, valoarea interpretării trebuie măsurată pe această scară. În măsura în care oferă un sentiment de putere, insight-ul e valid, corect sau „adevărat". O astfel de definiție a adevărului este complet relativistă și pragmatică. Ea susține că niciun sistem de explicații nu e dominant sau nu e posesorul unor drepturi exclusive, că niciun sistem nu e corect, fundamental sau mai „adânc" decât altul.

 Un studiu asupra grupurilor de întâlnire pe care l-am realizat împreună cu colegii mei a arătat că rezultatele pozitive sunt extrem de bine corelate cu insight-ul.[111] Acei subiecți care au căpătat un insight și au fost capabili să-și organizeze experiența într-o structură coerentă au avut parte de un rezultat pozitiv. În plus, liderii de grup de succes erau cei care ofereau membrilor un anumit gen de sistem de coordonate cognitive. Tipul de insight la care ajunseseră membrii în cazul cărora se putea vorbi despre o reușită și conținutul ideologiei specific orientării terapeutice de care aparținea conducătorul aveau puțin de a face cu rezultatul pozitiv. Elementul important era nu *ce* aflaseră, ci *că* au aflat.

Terapeuții pot oferi pacientului mai multe explicații pentru a clarifica una și aceeași chestiune; fiecare poate fi făcută din punctul de vedere al unui sistem de referință diferit (de exemplu, freudian, jungian, horneyan, sullivanian, adlerian și analitic tranzacțional) și fiecare poate fi „adevărat", deoarece fiecare furnizează o explicație care generează un sentiment de putere. La urma urmei, toate sunt bazate pe structuri imaginare care au valoarea unui „ca și cum". Toate spun: „Te comporți (sau simți) ca și cum asta și asta ar fi adevărat".

Supraeul, Se-ul și Eul; arhetipurile, sinele ideal și actual, sistemul mândriei; sistemul sinelui și sistemul disociat, protestul viril; stările eului (copil, părinte și adult) – niciunul dintre acestea nu există cu adevărat. Sunt cu toate ficțiuni, constructe psihologice create din rațiuni de conveniență semantică, ce își justifică existența doar datorită puterii lor explicative. Conceptul de voință furnizează un principiu de organizare central pentru toate aceste scheme explicative diferite. Ele sunt puse în funcțiune de același mecanism: sunt eficace în măsura în care oferă un sentiment al controlului și astfel trezesc la viață voința adormită.

Înseamnă toate astea că psihoterapeuții trebuie să își abandoneze încercările de a realiza interpretări mai precise și mai profunde? În niciun caz. Ei însă trebuie să recunoască scopul și funcția interpretării. Unele interpretări pot fi superioare altora, nu pentru că sunt mai „profunde", ci pentru că au o putere explicativă superioară, sunt mai credibile, furnizează un mai bun control și, ca atare, sunt mai apte să stimuleze voința. Pentru a fi cu adevărat eficace, interpretările trebuie croite pe măsura destinatarului; în general, ele sunt mai eficace dacă au sens, dacă sunt consistente din punct de vedere logic și sprijinite de argumente valide,

dacă pornesc de la observații empirice, dacă sunt în consonanță cu sistemul de referință al pacientului și dacă pot fi aplicate mai multor situații analoage din viața pacientului. Interpretările globale oferă o explicație nouă pacientului pentru un tipar comportamental amplu (în sensul de opus unei trăsături singulare). Noutatea explicației terapeutului provine din sistemul de referință neobișnuit, care îi permite să unifice datele despre pacient în mod original; de fapt, aceste date sunt formate din material trecut cu vederea sau aflat dincolo de ce își dă seama pacientul.

Când prezint această teză relativistă studenților, aceștia răspund întrebând lucruri ca: „Vrei să spuneți că explicațiile astrologice sunt și ele valabile în cadrul psihoterapiei?" În pofida rezervelor mele intelectuale, trebuie să le răspund afirmativ. Dacă o explicație astrologică sau șamanică reușește să sporească sentimentul controlului și conduce la o schimbare interioară, atunci ea e una validă (în condițiile în care este consonantă cu sistemul de referință al individului). Există numeroase dovezi provenite din cercetarea psihiatrică interculturală care îmi sprijină poziția; în cele mai multe culturi primitive, *doar* explicația magică sau religioasă este acceptabilă, și deci validă și eficace.

O interpretare, chiar și cea mai elegantă, nu prezintă niciun beneficiu dacă pacientul nu o aude. Terapeutul trebuie să se străduiască să treacă în revistă cu pacientul o parte din dovezi și să-i dea o explicație clară. (Terapeutul care nu poate face asta nu înțelege rolul explicației; nu e, după cum spun unii, ca și cum terapeutul ar vorbi direct inconștientului pacientului.) Un pacient poate să nu accepte o interpretare de prima dată când o aude de la terapeut, însă poate să audă de mai multe ori acea interpretare până când, într-o zi, se produce un declic. De ce există acel declic, în acea zi? E important pentru terapeut să recunoască faptul că, deși decizia de schimbare poate fi luată într-un timp uimitor de scurt, totuși, bazele pentru schimbare sunt puse cu multe, multe luni sau chiar cu ani înainte. Mulți terapeuți sunt impresionați și nedumeriți de relatările indivizilor care spun că au suferit o transformare dramatică, bruscă, datorită unei interacțiuni terapeutice scurte sau unei scurte participări la un seminar de dezvoltare personală. E extrem de dificil să evaluăm astfel de relatări. Richard Nisbett și Tim Wilson au demonstrat că indivizii care iau decizii sunt adesea imprecişi atunci când descriu antecedentele deciziei.[112] Din interviurile mele cu cei care au avut parte de progrese dramatice, mi-am

 dat seama că aceste transformări ale vieții nu sunt în niciun fel bruște: bazele schimbării au fost puse pe parcursul săptămânilor, lunilor și anilor precedenți. În momentul în care au ajuns să recurgă la terapie sau la alt mijloc de dezvoltare personală, pe un nivel profund, mulți indivizi deja au depus eforturile necesare și sunt în pragul unei schimbări dramatice. În aceste cazuri terapia sau, mai precis, decizia de a recurge la terapie reprezintă *manifestarea*, și nu *cauza* schimbării.

Decizia de schimbare necesită îndeobște un timp îndelungat, iar terapeutul trebuie să arate răbdare. Interpretările trebuie să fie oferite la momentul potrivit. Terapeutul cu experiență știe că o interpretare oferită prematur are un impact terapeutic redus. Un exemplu clinic concludent ne este pus la dispoziție de o pacientă dintr-un grup, care, timp de mai mulți ani, avusese parte de un mariaj extrem de nesatisfăcător. Toate încercările de a îmbunătăți mariajul eșuaseră și, deși pricepuse că acesta o distrugea, se agăța de el deoarece îi era frică să înfrunte viața de una singură. Își vedea soțul nu ca pe o persoană reală, ci ca o figură ce o proteja de singurătate. Deși relația era evident nesatisfăcătoare, era atât de înspăimântată de perspectiva de a o rupe, că refuza să se angajeze efectiv într-un demers care să conducă la schimbare. În lipsa unei potriviri autentice și în lipsa unei angajări în direcția schimbării, căsătoria avea puține șanse să fie viabilă. Îmi era clar că, doar dacă putea să se confrunte cu separarea și autonomia ar fi putut să aibă parte de o relație autentică, nedistorsionată. De aceea, mi-am îngăduit să emit opinia: *„Îți poți salva mariajul doar dacă ești de acord să renunți la el"*. Interpretarea i-a părut extrem de bogată în sens: a spus că a lovit-o ca un trăsnet și mai apoi a constituit catalizatorul unei schimbări considerabile.

Aspectul fascinant al situației era că făcuse parte dintr-un grup de terapie în cazul căruia, la sfârșitul fiecărei ședințe, timp de ani, scrisesem un rezumat pe care îl trimiteam fiecărui membru înainte de următoarea sesiune (vezi cartea mea despre terapia de grup[113] pentru rațiunea unei astfel de proceduri). De aceea, exista o istorie scrisă a grupului de terapie – o cronică pe care fiecare pacient o citea înainte de fiecare ședință. Această pacientă era un cititor avid al rezumatelor, pe care le arhiva, așa că avea un jurnal la zi al grupului, la care apela din când în când. La scurt timp după ce i-am spus acea interpretare de efect, am revenit asupra rezumatelor grupului din ultimii doi ani, deoarece îmi trebuiau pentru un studiu. Am descoperit, spre uimirea mea, că îi spusesem exact aceeași interpreta-

re și cu un an înainte! Deși era aceeași, cuvânt cu cuvânt, și fusese subliniată și insistent adusă în atenție, nu o auzise deoarece nu era pregătită să o audă.

Trecutul și viitorul în psihoterapie

Nu e deloc nesemnificativ că „voința" are un sens dublu: pe de o parte, sugerează hotărâre și determinare, dar indică și timpul viitor – „O voi face, dar nu acum, ci în viitor". După cum orice terapeut va recunoaște, psihoterapia are succes în măsura în care îi permite pacientului să își modifice viitorul. Și totuși nu viitorul, ci timpul trecut e cel care domină literatura psihoterapeutică. În bună măsură, dominația trecutului este rezultatul unei confuzii între explicație și „originologie". Psihoterapeuții, mai ales cei de orientare freudiană, adesea cred că, pentru a explica un lucru, adică a furniza o un insight, este necesar să fie aduse la lumină originile sau măcar ca evenimentul prezent să fie raportat la o situație din trecut. În acest sistem de referință, cauzele comportamentului individual vor trebui găsite în circumstanțele din viața anterioară a individului.

Și totuși, după cum am sugerat în secțiunea anterioară, există mai multe tipuri de explicație sau sisteme cauzale care nu fac apel la trecut. De exemplu, viitorul (ideea prezentă despre viitor) determină comportamentul cel puțin în egală măsură ca și trecutul, iar conceptul determinismului viitor se susține perfect. „Nu încă" influențează comportamentul în multe moduri formidabile. Unul dintre ele, care se regăsește atât la nivel conștient, cât și la nivel inconștient, constă într-un sentiment al scopului, un sine ideal, o serie de obiective în direcția cărora individul face eforturi, o percepere a propriului destin și a inevitabilei morți. Toate aceste constructe se întind în viitor, și totuși ne influențează puternic experiența interioară și comportamentul.

Un alt mod de explicare aplică noțiunea galileană de cauzalitate, care pune accentul pe câmpul de forțe prezent ce acționează asupra individului. Când ne mișcăm în spațiu, traiectoriile comportamentale sunt influențate nu doar de direcția impulsului originar și de natura scopului, ci și de câmpul de forțe care acționează asupra lor. De aceea, un terapeut poate „explica" un comportament al pacientului prin examinarea cercurilor concentrice de motivații curente, conștiente și inconștiente, care învăluie



individul. Să ne gândim, de pildă, la persoana care are o înclinație puternică de a-i ataca pe ceilalți. Explorarea acestui comportament poate arăta că agresivitatea pacientului reprezintă o formațiune reacțională care ascunde un strat de dorințe puternice de dependență, care nu sunt exprimate din cauza anticipării respingerii. Această explicație nu necesită întrebarea „Cum a ajuns pacientul să fie așa cum este?"

Și totuși, tendința naturală a terapeutului este ca în psihoterapie să se concentreze asupra trecutului. Cea mai mare parte din tratamentul pe termen lung consacră multă energie examinării retrospective. Sunt adunate istorii lungi ale dezvoltării, sunt îndelung explorate amintiri despre relațiile timpurii cu părinții și frații, iar primele amintiri și rădăcinile infantile ale visurilor sunt explorate cu grijă. Freud a inițiat această abordare. El era un psiho-arheolog dedicat care, până la capătul vieții, a fost de părere că excavarea trecutului e esențială, capitală chiar, pentru o terapie de succes. Într-una din ultimele sale lucrări, el chiar face o comparație lungă între munca analistului și cea a unui arheolog profesionist. El descrie sarcina terapeutului ca pe o „construcție a trecutului".

> *Știm cu toții că trebuie să îl facem pe analizand să își amintească ceva ce a trăit și a refulat, iar condițiile dinamice ale acestui proces sunt atât de interesante, încât cealaltă parte a travaliului, munca analistului, cade în planul secund. Analistul nu a trăit el însuși și nu a refulat nimic din lucrurile despre care e vorba; sarcina lui nu poate fi aceea de a-și aminti ceva. Care este deci sarcina lui? El trebuie să ghicească sau, mai corect exprimat, să construiască ceea ce este uitat din indiciile pe care le-a lăsat în urmă. (...) Munca sa de construcție sau, dacă vă place mai mult, de reconstrucție, prezintă o concordanță largă cu aceea a arheologului, care dezgroapă un oraș distrus și îngropat sau o construcție din trecut. De fapt, este identică acestei munci, doar că analistul lucrează în condiții mai bune, dispune de mai mult material ajutător.*[114]

Freud continuă prin a susține că terapeutul, ca și arheologul, trebuie adesea să reasambleze fragmentele disponibile (așa cum sunt ele furnizate de pacient), iar mai apoi să ofere această reconstrucție pacientului. În realitate, Freud sugerează că termenul „construcție" e mai potrivit ca cel de „interpretare" pentru a defini activitatea terapeutului. Un analist care nu are succes în a-și ajuta pacientul să își reamintească trecutul ar trebui,

potrivit lui Freud, să îi ofere acestuia din urmă o construcție a trecutului așa cum e văzut de terapeut. Freud credea că o astfel de construcție oferă aceleași beneficii terapeutice ca o amintire efectivă a materialului referitor la trecut:

> *Adesea nu reușim să-l aducem pe pacient la amintirea refulatului. În loc de aceasta, prin realizarea corectă a analizei,* îl facem să ajungă la convingerea sigură despre adevărul construcției, care, din punct de vedere terapeutic, face același lucru ca și o amintire regăsită.[115]

Această ultimă afirmație remarcabilă e în concordanță cu ideea enunțată mai devreme, anume că nu conținutul e important, ci procesul de interpretare sau explicare.

Accentul pus de Freud pe reconstrucția trecutului, ca sistem explicativ, este îndeaproape legat de doctrina sa deterministă: toate comportamentele și experiențele mentale sunt rezultatul unor evenimente anterioare, de natură instinctuală sau din mediu. Problema unui astfel de sistem explicativ e că închide în el germenii disperării terapeutice. Dacă suntem determinați de trecut, de unde vine capacitatea de schimbare? E evident din operele târzii ale lui Freud, mai ales în textul *Analiză terminabilă și interminabilă*, că o perspectivă deterministă strictă asupra omului îl conducea către nihilismul terapeutic.

Orice sistem care explică experiențele mentale și comportamentul pe baza fenomenelor aflate dincolo de sfera responsabilității individului (de pildă, evenimente trecute sau prezente, pulsiunii instinctuale) îl pune pe terapeut într-o poziție periculoasă. După cum o spune Rank, „Principiul cauzalității înseamnă negarea principiului voinței, deoarece face afectivitatea, gândirea și acțiunea individului dependente de forțele din afara sa și, astfel, îl eliberează de responsabilitate și vină".[116]

Desigur, adesea e util să ne eliberăm de vinovăția pentru evenimentele și acțiunile din trecut. Terapeutul care aderă la o doctrină deterministă este capabil să examineze trecutul de o manieră în care să demonstreze pacientului că este victima evenimentelor din mediu – că, în circumstanțele date, nu ar fi putut acționa diferit. În acest mod, explorarea trecutului servește pentru absolvirea de vină, dar creează terapeutului problema că trebuie să abordeze trecutul dintr-un sistem de re-

 ferință (care oferă absolvire) și viitorul dintr-un altul (pentru a solicita responsabilitate).

Gatch și Temerlin au studiat notele a douăzeci de terapeuți – zece de orientare freudiană și zece de orientare existențială – pentru a determina modul în care încearcă să rezolve acest paradox.[117] Ei au constatat că, după cum era de așteptat, terapeuții existențiali au făcut mult mai multe comentarii care subliniau opțiunile, libertatea și responsabilitatea pacienților. Totuși, niciunul dintre cei douăzeci de terapeuți nu și-a descris pacienții ca pe niște victime prezente ale unor circumstanțe aflate în afara controlului lor. În cazul pacienților care se gândeau la schimbare, toți terapeuții au încercat să recunoască și să sublinieze alternativele care le stăteau la dispoziție. În plus, când pacientul vorbea despre copilărie, toții terapeuții adoptau o poziție deterministă, potrivit căreia, atunci când era copil, pacientul nu putea controla circumstanțele în care se găsea.

E deci evident că terapeuții învață să se acomodeze cu această poziție nevalidă. Ei pot reduce nevaliditatea prin îmbunătățirea doctrinei lor deterministe, invocând determinismul reciproc: presupun că în trecut coeficientul de adversitate era prea mare; și că, date fiind tinerețea și experiența pacientului, ca și puterea forțelor adulte care acționau asupra sa, el nu putuse să acționeze altfel.

În comparație cu terapeuții de alte orientări, majoritatea terapeuților existențiali tind să se focalizeze mai puțin asupra trecutului, și mai mult asupra viitorului, asupra deciziilor care călăuzesc individul, a scopurilor așezate în fața lui. Când terapeuții existențiali se ocupă de vinovăție, nu o fac din cauza alegerilor greșite, ci din cauza refuzului de a alege din nou. E extrem de dificil să absolvi pe cineva de vina din trecut dacă în prezent el continuă același comportament care-l face să se simtă vinovat. Individul trebuie să învețe înainte de toate să se ierte pe sine pentru prezent și viitor. Atâta vreme cât cineva continuă să se raporteze la propria persoană la fel cum se raporta în trecut, el nu se va putea ierta pentru trecut. Însă, atunci când lucrăm cu trecutul, e important ca individul să nu își asume o responsabilitate disproporționată. Un concept important în materie de responsabilitate e cel al imperativului categoric: ceea ce e adevărat pentru cineva în domeniul responsabilității e adevărat pentru toți. Mulți indivizi își asumă o responsabilitate exagerată, dar și vinovăția pentru acțiunile și sentimentele altora. Cu toate că pacientul poate să fi ofensat cu

adevărat pe cineva, există și o sferă a responsabilității celuilalt, care s-a lăsat rănit, batjocorit sau tratat rău în oricare alt mod de către pacient. Astfel, e important ca terapeutul să-și ajute pacientul să recunoască granițele propriei responsabilități.

Nu doar că sistemele explicative cauzale care se raportează la trecut au o eficacitate terapeutică discutabilă, dar în plus sunt afectate și de problema metodologică provenind din faptul că realitatea psihologică nu este totuna cu realitatea istorică. După cum remarca Rank, concepția lui Freud, inspirată de științele naturale, l-a făcut să încerce să reconstituie trecutul istoric pornind de la amintirile pacientului. Însă „reconstrucția trecutului depinde nu de fapte, ci de atitudinea sau reacția indvidului la ele... Problema trecutului e problema memoriei și, de aceea, e o problemă a conștiinței".[118] Cu alte cuvinte, trecutul este reconstituit de prezent. Chiar și într-o anamneză îndelungată, ne amintim doar o fracțiune minusculă din experiențele trecute, iar modul cum o facem, împreună cu sintezele rezultate sunt extrem de selective și sunt alese așa încât să corespundă actualei imagini despre sine. (Din acest motiv, Goffman sugera denumirea de „apologie" pentru o astfel de reconstrucție a trecutului.)[119] Pe măsura ce terapia modifică imaginea de sine, devine posibilă reconstrucția și reintegrarea trecutului; de pildă, devine posibilă amintirea unor experiențe pozitive legate de părinți, uitate de multă vreme. Individul poate să-i umanizeze și, în loc să aibă o experiență solipsistă a lor (ca figuri care existau în virtutea serviciilor făcute), el poate începe să îi înțeleagă ca persoane împovărate de probleme, care se luptă cu aceleași daturi copleșitoare ale condiției umane ca toată lumea. Acest proces este redat de o remarcă a lui Mark Twain: „Când aveam șaptesprezece ani, eram convins că taică-meu era un tâmpit nenorocit. Când am împlinit douăzeci și unu, am fost uimit de cât de mult se deșteptase babacul în patru ani".

Abordarea hermeneutică a interpretării ia în considerare relația între înțelegere și context: ea stipulează că înțelegerea necesită un context, dar că noua înțelegere modifică perceperea contextului. Ca urmare, interpretarea e un proces organic, în care contextul și înțelegerea se reconstituie reciproc. Același principiu se aplică relației între trecut și prezent: trecutul unei ființe omenești, spre deosebire de ruinele unui templu străvechi, nu e nici fix și nici finit; el e constituit de prezent și, prin imanența sa simbolică în permanentă schimbare, influențează prezentul.

Dacă trecutul ca sistem de explicații are o valoare limitată, atunci ce rol joacă în cadrul psihoterapiei? Am făcut mai sus aluzie la rolul căutării unui insight genetic pe parcursul dezvoltării relației terapeutice. Întreprinderea intelectuală, pe care Freud o asemuiește unor săpături arheologice, furnizează o activitate comună și cu sens, în care pacientul și terapeutul se angajează, timp în care se instalează *adevăratul* agent al schimbării: relația terapeutică. Însă trecutul mai facilitează într-un anumit mod important relația terapeutică: înțelegerea explicită a dezvoltării timpurii a unei atitudini interpersonale sporește șansele unei dinamizări reale. De exemplu, o femeie cu un aer majestuos, care degajă o atitudine superioară și condescendentă poate fi brusc înțeleasă, chiar cu simpatie, când terapeutul află despre părinții săi imigranți și lupta sa disperată de a-și depăși copilăria degradantă dintr-o mahala. Cunoașterea devenirii celuilalt este adesea un element auxiliar important în cunoașterea persoanei. Important aici e însă accentul. Trecutul este explorat pentru a facilita și aprofunda relația prezentă. Este chiar inversul formulei lui Freud, unde relația prezentă era folosită pentru aprofundarea și cunoașterea trecutului. Charles Rycroft o spune extrem de elocvent:

> *Are mai mult sens să spunem că psihanalistul face excursuri istorice pentru a înțelege ce interferează cu comunicarea prezentă cu pacientul (în același mod în care un traducător poate recurge la istorie pentru a clarifica un text obscur) decât să spunem că el ia contact cu prezentul pentru a obține accesul la elementele biografice.*[120]

PARTEA A III-A

IZOLAREA



Izolarea existențială

Cunoașterea cea mai adâncă – pe care Heidegger o numește „stare de neascundere"[1] – ne face să ne recunoaștem finitudinea, să admitem că trebuie să murim, că suntem liberi și că nu putem fugi de libertate. De asemenea, învățăm că individul este inexorabil singur.

Deoarece libertatea și moartea sunt concepte plasate în mod tradițional în afara domeniului psihoterapeutic, am simțit nevoia în capitolele anterioare să insist asupra relevanței lor pentru psihoterapie. Situația e diferită cu izolarea, deoarece e un concept familiar, care apare frecvent în terapia de zi cu zi. Izolarea însă e practic atât de familiară și folosită în atâtea moduri diferite, că prima mea sarcină e să o definesc în context existențial. Mi se pare că un clinician se întâlnește cu trei tipuri de izolare: interpersonală, intrapersonală și existențială.

Izolarea interpersonală, în general resimțită ca singurătate, se referă la izolarea față de alți indivizi. Ea depinde de mai mulți factori: izolarea geografică, lipsa abilităților de socializare, sentimentele extrem de contradictorii cu privire la intimitate sau un tip de personalitate (de pildă, schizoidă, narcisică, exploatatoare sau înclinată a-i judeca pe alții) care împiedică relațiile sociale mulțumitoare. Factorii culturali joacă și ei un rol în izolarea interpersonală. Declinul instituțiilor care încurajau apropierea – familia extinsă, vecinătatea rezidențială stabilă, biserica, doctorul de familie, comercianții locali – cel puțin în Statele Unire, a condus la o mai mare înstrăinare a indivizilor unul față de altul.

Izolarea intrapersonală este procesul prin care individul separă părți din el însuși. Freud a folosit termenul de „izolare" pentru a descrie un mecanism de apărare, evident mai ales în cazul nevrozei obsesionale, în care

 experienţa neplăcută este despărţită de afectul asociat, iar conexiunile afectului sunt întrerupte, astfel încât e izolat de procesele obişnuite de gândire.[2] Harry Stack Sullivan era interesat mai ales de fenomenul prin care sunt excluse din sfera conştiinţei anumite experienţe, iar părţi din psihic devin inaccesibile propriei persoane. El a numit acest proces „disociere" (abandonându-l pe cel de „refulare") şi i-a conferit o poziţie centrală în schema sa psihopatologică.[3] În lumea psihoterapeutică din ziua de azi, „izolare" nu e folosit doar pentru a face referire la mecanismele formale de apărare, ci, de o manieră mai puţin strictă, pentru orice formă de fragmentare a sinelui. Astfel, izolarea intrapersonală are loc oriunde propriile sentimente şi dorinţe sunt suprimate, iar individul adoptă pe „ar trebui" şi „eşti obligat" în calitate de dorinţe proprii, nu are încredere în propria judecată sau îşi îngroapă propriul potenţial.

Izolarea intrapersonală este o paradigmă psihologică actuală extrem de utilizată. Teoreticieni moderni ca Horney, Fromm, Sullivan, Maslow, Rogers şi May susţin că patologia este rezultatul piedicilor care abat individul devreme în viaţă de la dezvoltarea naturală. Carl Rogers, într-o discuţie a faimosului caz Ellen West al lui Ludwig Binswanger, descrie cu claritate izolarea intrapersonală. „Deşi în copilărie fusese cu totul independentă de opinia altora, acum era complet dependentă de ce gândeau ceilalţi. Nu mai putea şti ce simte sau care îi este opinia. Aceasta e starea de singurătate cea mai mare, o separare aproape completă de propriul organism autonom."[4]

Terapeuţii contemporani se concentrează îndeaproape asupra sarcinii de a-şi ajuta pacienţii să reintegreze părţile de care au fost despărţiţi. Într-un proiect de cercetare pe care l-am descris în capitolul 6, pacienţilor care au avut parte de o cură încununată de succes li s-a cerut să ierarhizeze şaizeci de factori terapeutici în funcţie de eficacitatea lor.[5] Cel mai des menţionat item a fost „descoperirea şi acceptarea unor părţi din mine însumi care anterior erau necunoscute sau inacceptabile". Cu excepţia celor centraţi pe sindrom, scopul majorităţii psihoterapeuţilor este de a face iarăşi din individ un întreg.

Până la fârşitul capitolului, mă voi concentra pe o a treia formă de izolare – izolarea existenţială. Nu înseamnă că izolarea *intra*personală şi cea *inter*personală nu sunt cruciale în activitatea clinică; însă, dacă e să menţin lucrarea la dimensiuni rezonabile, va trebui să mă limitez doar să re-

comand cititorului literatura relevantă.[6] Vor exista numeroase ocazii totuși în care mă voi referi la izolarea interpersonală și la cea intrapersonală, deoarece sunt strâns legate de izolarea existențială (mai ales izolarea interpersonală și cea existențială au o graniță comună). Tipurile de izolare sunt similare din punct de vedere subiectiv; altfel spus, ele sunt simțite aidoma și una o poate simula pe cealaltă. Adesea, terapeuții le confundă și tratează pacientul pentru un tip de izolare greșit. În plus, granițele lor sunt semipermeabile: de pildă, izolarea existențială este adesea ținută în limite gestionabile prin afilierea interpersonală. Toate aceste chestiuni vor fi discutate la momentul potrivit, însă înainte de toate va trebui să definim izolarea existențială.

Ce este izolarea existențială?

Indivizii sunt adesea izolați de ceilalți și de părți din ei înșiși, însă la baza acestor falii stă o izolare și mai fundamentală ce aparține existenței – o izolare care persistă în pofida celor mai satisfăcătoare relații cu alți indivizi și în pofida unei autocunoașteri și integrări ireproșabile. Izolarea existențială se referă la hăul de netrecut între propria persoană și ceilalți. Ea se referă de asemenea la o izolare chiar mai fundamentală – separarea între individ și lume. „Separarea de lume" – aceasta pare a fi expresia potrivită, și totuși e încă vagă. Una dintre pacientele mele încarna definiția. Suferea periodic de atacuri de panică. Ele apăreau ori de câte ori relația sa cu un partener dominant era pusă în pericol. Odată, când își descria experiențele, ea mi-a spus: „Vă amintiți filmul *Poveste din cartierul de vest* în care iubiții se întâlnesc, tot restul din lume dispare magic, iar ei rămân absolut singuri unul cu altul? E ceea ce mi se întâmplă în aceste momente. Numai că nu e nimeni cu mine".

Un alt pacient avea încă din copilărie coșmaruri recurente, care acum, la maturitate, îi dădeau o insomnie severă – în realitate, era o fobie legată de somn, el fiind speriat să se mai culce. Coșmarul era neobișnuit prin aceea că în el nu i se întâmpla nimic rău. În schimb, lumea se evapora, confruntându-l cu neantul. Iată visul:

> *Sunt treaz în camera mea. Deodată, încep să-mi dau seama că totul se schimbă. Tocul ferestrei pare dilatat, iar mai apoi rafturile cu cărți se îndoaie și sunt*

strivite, clanța dispare și în ușă apare o gaură din ce în ce mai mare. Totul își pierde forma și începe să se topească. Nu mai există nimic, iar eu încep să urlu.

Thomas Wolfe a fost tot timpul bântuit de perceperea neobișnuit de acută a izolării existențiale. În cartea sa autobiografică, *Privește, înger, către casă,* protagonistul meditează la izolare chiar de când era copil în leagăn:

> *O singurătate și o tristețe insurmontabilă i se strecurau în suflet: își vedea viața străjuită de perspectiva solemnă a unei rariști în pădure și știa că întotdeauna avea să fie un melancolic: închisă în colivia aceea mică a craniului, prizonieră a acelei inimi fremătătoare și cu desăvârșire tainice, viața lui trebuie să colinde pe poteci solitare. Pierdut. Înțelesese că oamenii erau pururi străini unul față de altul, că niciunul nu apucă să-l cunoască cu adevărat pe celălalt, că, prizonieri în pântecul întunecat al mamei noastre, venim pe lume fără să-i fi cunoscut chipul, că suntem încredințați brațelor ei ca niște străini și că, imobilizați în temnița aceea irevocabilă a propriei noastre ființe, nu scăpăm de ea nicicând, oricare ar fi brațele care ne cuprind, gura care ne sărută, inima care ne încălzește. Niciodată, niciodată, niciodată.*[7]

Izolarea existențială este un tărâm al singurătății care poate fi abordat în mai multe moduri. Confruntarea cu moartea și libertatea va conduce individul inevitabil pe acest tărâm.

Moartea și izolarea existențială

Tocmai cunoașterea „morții mele" e cea care mă face să realizez pe deplin că nimeni nu poate muri împreună cu altcineva sau pentru altcineva. Heidegger spune că „deși cineva poate «merge la moarte pentru celălalt» (...), nu asemenea «a muri pentru...» nu poate niciodată să însemne că celuilalt i-a fost luată, fie cât de puțin, moartea sa. *Nimeni nu-i poate lua altuia propriul său fapt-de-a-muri*".[8] Deși putem fi înconjurați de prieteni, chiar dacă și alții pot muri din aceleași cauze sau pot muri în același timp (ca în cazul practicii egiptene de a ucide și a îngropa servitorii cu faraonul, sau ca în sinuciderea colectivă), totuși, pe nivelul cel mai profund moartea este cea mai solitară experiență omenească.

Everyman [*Chemarea la judecată a lui Oarecine*], cea mai cunoscută piesă de teatru moralizatoare din Anglia medievală, descrie de o manieră simplă, dar puternică, singurătatea întâlnirii omului cu moartea.[9] Oarecine e vizitat de Moarte care-l informează că trebuie să se pregătească pentru drumul ultim spre ceruri. Oarecine cere îndurare, dar fără niciun rezultat. Moartea îi spune că trebuie să se pregătească pentru ziua de care „niciun om viu nu va avea scăpare". Disperat, Oarecine cere în jurul său ajutor. Speriat, și mai ales izolat, el cere celorlalți să-l însoțească în călătorie. Personajul Rubedenia refuză să plece cu el:

Să fii în suflet fără de venin:
Ai inimă împăcată și nu te plânge.
Însă, pe Sfânta Ana, eu voi să te previn:
Din partea mea, tu singur te vei duce.

La fel face și Vărul lui Oarecine, care se plânge de o indispoziție:

Oh, nu! Am un cârcel la deget.
Domnul făcu să nu te pot ajuta,
Te voi dezamăgi deci în nevoia ta.

El este lăsat singur de toate celelalte personaje alegorice ale piesei: Tovarășul, Bogăția, Cunoașterea. Chiar și propriile însușiri îl părăsesc:

Frumusețea, puterea și înțelepciunea,
Când moartea puterea își va arăta,
De la mine cât de repede vor pleca.

Oarecine este salvat până la urmă de spaima totală a izolării existențiale de către Faptăbună, care e dispus să îl însoțească și în moarte. Tocmai aici stă morala creștină a piesei: faptele bune furnizează în cadrul religiei un sprijin împotriva izolării supreme. Un Oarecine laic de astăzi care nu adoptă sau nu poate să adopte credința religioasă trebuie să pășească singur pe acest drum.

Singurătatea faptului de a-ți fi propriul părinte. Suntem singuri în măsura în care suntem responsabili de propria viață. Responsabilitatea implică statutul de autor; a percepe propria calitate de autor înseamnă renunțarea la credința că există altcineva care să fie creatorul persoanei tale și gardianul ei. Singurătatea adâncă este inerentă actului creației de sine. Devenim sensibili la indiferența cosmică a universului. Poate că animalele au un anumit instinct al păstorului sau adăpostului, însă ființele omenești, purtătoare ale blestemului conștiinței de sine, trebuie să rămână expuse la existență.

Erich Fromm credea că izolarea este sursa primară a angoasei. El a subliniat mai ales sentimentul de neputință inerent izolării fundamentale a ființei umane.

> *Această conștiență de sine însuși ca entitate separată, conștiența duratei scurte a propriei vieți, a faptului că s-a născut fără voia sa și va muri împotriva voinței sale, că va muri înaintea celor dragi sau aceștia vor muri înaintea sa, conștiența singurătății și izolării sale, a neputinței în fața forțelor naturii și ale societății, toate acestea transformă existența izolată, ruptă de rest, a omului, într-o insuportabilă captivitate. (...) Sentimentul izolării duce la angoasă; sentimentul acesta este, de fapt, obârșia oricărei angoase. Să fiu izolat înseamnă să fiu dat la o parte, scos din funcțiune, lipsit de posibilitatea de a-mi folosi puterile umane. Deci să fiu izolat înseamnă să fiu neajutorat, incapabil să înfrunt lumea – lucrurile și oamenii – în mod activ; înseamnă că lumea mă poate invada fără ca eu să pot riposta.*[10]

Acest sentiment de neajutorare în fața singurătății este o reacție emoțională de înțeles atunci când ne găsim aruncați, fără să ne fi dat acordul, într-o existență pe care n-am ales-o. Heidegger folosește denumirea de „stare de aruncare" pentru a se referi la acest lucru. Deși ne creăm pe noi înșine, propriul proiect – care în ultimă instanță ne face ceea ce suntem – e limitat de faptul că suntem aruncați singuri în câmpul existenței.

Defamiliarizarea. Nu doar că ne constituim pe noi înșine, ci constituim o lume construită așa încât să ascundă că noi suntem cei care am constituit-o. Izolarea existențială impregnează „aluatul lucrurilor", temeliile

lumii. Însă ea e atât de ascunsă sub nenumăratele straturi de artefacte lumești, fiecare impregnate de sens personal și colectiv, că avem doar experiența cotidianului, a activităților de rutină, a lui „se". Suntem înconjurați de o lume familiară și stabilă de obiecte și instituții, o lume în care toate obiectele și ființele sunt conectate și interconectate iarăși și iarăși. Rămânem liniștiți datorită sentimentului confortabil al apartenenței la familiar; lumea primordială, de o imensă goliciune și izolare, este îngropată și trecută sub tăcere, rămânând să fie auzită doar în reprize scurte, în coșmaruri și viziuni mitice.

Și totuși, există momente în care cortina realității este ridicată pentru un moment, iar noi întrevedem mașinăria din culise. În aceste momente, care cred că sunt cunoscute oricărui individ înclinat spre reflecție, are loc o defamiliarizare instantanee în care sensurile sunt smulse de pe obiecte, simbolurile sunt dezintegrate, iar individul este aruncat afară din portul liniștit al lui „acasă". Într-o operă de tinerețe, Albert Camus descrie un astfel de moment în care se găsea într-o cameră de hotel dintr-o țară străină:

> *Iată-mă despuiat de orice podoabă într-un oraș cu firme pe care nu le pot citi, cu litere ciudate de care nu se mai agață nimic familiar, fără prieteni cu care să vorbesc, fără nimic care să mă distragă. Știu că din această cameră, până la care ajung zgomotele unui oraș străin, nu mă mai poate smulge lumina mai suavă a unui cămin sau a unui loc iubit. Să chem, să strig? Se vor ivi doar chipuri străine. Biserici, aur și tămâie, totul mă aruncă într-o viață cotidiană în care spaima mea dă preț fiecărui lucru. Și iată cum cortina de obiceiuri, țesătura confortabilă de gesturi și de cuvinte sub care inima ațipește se ridică încet, dezvăluind chipul palid al neliniștii. Omul e față-n față cu sine însuși: îl desfid să fie fericit...*[11]

În aceste momente de angoasă existențială profundă relația individului cu lumea este extrem de zguduită. Unul dintre pacienții mei, un manager de succes, foarte activ, a descris un astfel de incident: a durat doar câteva minute, însă a fost suficient de puternic pentru a-și păstra vivacitatea și după patruzeci de ani. La doisprezece ani se culcase afară, cu fața spre cer, când s-a simțit despărțit de pământul-mamă, plutind printre stele. Unde era? De unde venea? Care era originea lui Dumnezeu? De ce exista ceva (mai degrabă decât nimicul)? Se simțea copleșit de singurătate, ne-

 ajutorare și gratuitate. Și deși îmi era greu să cred că deciziile cu implicații asupra întregii vieți sunt făcute în astfel de momente, el a insistat că a decis chiar atunci și acolo că trebuie să-și câștige un renume și o putere care să-l facă să nu mai trăiască astfel de sentimente.

Desigur, o astfel de experiență a vidului, a rătăcirii și a deposedării nu se întâmplă undeva, dincolo de noi: e în noi, și nu e nevoie de niciun stimul extern pentru a o găsi. Era nevoie doar de o onestă privire înăuntru. Robert Frost o spune frumos:

Nu mă pot speria cu spațiile lor goale.
Între stele – pe stele nu e nicio omenire.
Am în mine, mult mai aproape,
Pustiuri de care să mă-nspăimânt[12].

Când individul își dă seama de propriile „pustiuri", lumea îi devine brusc nefamiliară. Kurt Reinhardt spune că în astfel de momente:

Ceva extrem de misterios se interpune între el și obiectele lumii sale, între el și semeni, între el și „valorile" sale. Tot ce era al său pălește și dispare, așa că nu mai rămâne nimic de care să se agațe. Ceea ce îl amenință e nimicul (niciun lucru), iar el constată că e singur și pierdut în vid. Însă când această noapte întunecată și teribilă de angoasă trece, individul respiră ușurat și își spune: n-a fost „nimic", la urma urmei. El a avut experiența „nimicniciei".*[13]

Heidegger folosește termenul de „stranietate" („ne-aflarea-acasă") pentru a se referi la o stare de pierdere a sentimentului familiarității lumii. Când cineva (*Dasein*) este totalmente implicat într-o lume familiară a aparențelor și a pierdut contactul cu propria situație existențială, potrivit lui Heidegger, el trăiește la modul „cotidian" și „inautentic". Angoasa servește ca ghid care îl călăuzește înapoi, prin intermediul stranietății și conștientizării izolării și a neantului:

Angoasa, dimpotrivă, recuperează Dasein-ul din contopirea cu „lumea" sub dominația căreia a căzut. Familiaritatea cotidiană se spulberă. (...) Fap-

* Joc de cuvinte intraductibil: „nothing" (nimic) – „no thing" (niciun lucru). (*N. t.*)

tul-de-a-sălășui-în îmbracă „modul" existențial al ne-aflării-acasă. *Tocmai acest lucru îl avem în vedere când vorbim despre „stranietate".*[14]

Într-un alt pasaj, Heidegger susține că, atunci când cineva este adus înapoi din „contopirea cu lumea" și obiectele sunt golite de sens, angoasa este resimțită în confruntarea cu singurătatea, cu lipsa de milă și neantul lumii.* Astfel, pentru a scăpa de stranietate vom folosi lumea ca pe o unealtă și vom fi absorbiți în spectacolul oferit de Maya, lumea aparențelor, care ne distrage atenția. Spaima supremă se ivește când ne confruntăm cu nimicul. Față cu nimicul, niciun lucru sau nicio ființă nu ne poate ajuta; în acest moment precis vom avea experiența izolării existențiale depline. Atât Kierkegaard, cât și Heidegger aveau o înclinație pentru jocurile de cuvinte care îl implicau pe „nimic". „De ce îi e frică omului?" „De nimic."

Cineastul italian Antonioni a fost un maestru în portretizarea defamiliarizării. În multe din filmele sale (de exemplu *Eclipsa*) obiectele sunt văzute într-o claritate dezolantă și într-un mister rece. Ele sunt despărțite de sensul lor, iar personajul principal e în derivă printre ele, incapabil să acționeze, în vreme ce oamenii din jur nu pridideșc să le utilizeze.[16]

Defamiliarizarea implică mai mult decât obiectele din lume; și alte entități inventate pentru a furniza organizare și stabilitate – cum ar fi rolurile, valorile, liniile directoare, regulile, etica – pot fi pur și simplu dezbrăcate de sens. În capitolul 5, am descris un exercițiu de dezidentificare simplu, în care indivizii scriu răspunsuri la întrebarea „Cine sunt?" pe cartonașe, iar mai apoi meditează asupra experienței renunțării, unul câte unul, la fiecare dintre roluri (de pildă, cele de bărbat, tată, stomatolog, per-

* Heidegger se referă la obiectele din lume ca având „calitate-de-a-fi-la îndemână" sau ca despre „ființare-la-îndemână", în funcție de faptul dacă obiectul este considerat „ustensil" sau este surprins în esența sa pură:

> Amenințarea nu vine dinspre o ființare-la-îndemână sau dinspre una simplu prezentă, ci, dimpotrivă, tocmai din faptul că nicio ființare-la-îndemână sau simplu-prezentă nu ne mai „spune" pur și simplu nimic. Ființarea din lumea ambiantă încetează să mai aibă vreo menire funcțională. Lumea în care exist s-a scufundat în nesemnificativitate. (...) Când spunem că nimicul lumii e cel în fața căruia survine angoasa, aceasta nu înseamnă că prin angoasă facem experiența vreunei absențe a ființării-simplu-prezente intramundane. Această ființare este întâlnită, numai că ea este întâlnită tocmai pentru ca astfel să nu-i mai putem afla nicio menire funcțională și pentru ca ea să se poată arăta sub forma unui vid neîndurător. Aceasta înseamnă totuși că expectativa pe care o pune în joc preocuparea nu află absolut nimic de la care pornind să se poată înțelege pe sine: ea scormonește zadarnic în nimicul lumii.[15]

 soană care se plimbă, cititor, soț, catolic, Bob). Când acest exercițiu ajunge la sfârșit, individul s-a lepădat de toate rolurile și își dă seama că a fi nu depinde de veșminte, că individul persistă, după cum spunea Nietzsche, chiar și după „ultima șuviță de fum a realității care se volatilizează".[17] Anumite fantasme menționate de subiecți la sfârșitul exercițiului (cum ar fi „un spirit fără trup care călătorește prin vid") sugerează clar că renunțarea la roluri ne împinge către experiența izolării existențiale.

Experiențele solitare, ca și cele în care liniile directoare de zi cu zi sunt private de sens au puterea să evoce un sentiment al stranietății, al lui a nu fi acasă în lume. Drumețul care se rătăcește, schiorul care se trezește brusc departe de pistă, șoferul care într-o ceață densă nu mai poate vedea șoseaua – în aceste situații individul se simte brusc invadat de spaimă, o spaimă independentă de amenințarea fizică implicată, o spaimă solitară precum un vânt care suflă prin deșertul interior – nimicul care e în centrul existenței.

Stranii sunt și exploziile sociale care răstoarnă valorile, etica și morala despre care credem că există independent de noi. Holocaustul, violența mulțimilor, sinuciderea în masă a sectei din Jonestown, haosul războiului, toate acestea ne inspiră spaimă deoarece sunt rele, însă ne uluiesc și pentru că ne arată că nimic nu e cum ne închipuiam, că întâmplarea domnește și că totul putea fi altfel decât e; că tot ce e considerat fix, prețios, bun poate să dispară; că nu există un temei solid; că nu suntem „acasă" aici și nicăieri altundeva în lume.

Dezvoltarea personală și izolarea existențială

Cuvântul „a exista" implică diferențierea („ek-sistere" = „a ieși dincolo de..."). Procesul dezvoltării personale, după cum remarca Rank, e unul de separare, de transformare într-o ființă aparte. Expresiile asociate dezvoltării implică separarea: autonomie (autoguvernare), a te bizui pe propriile puteri, a sta pe propriile picioare, individuare, a fi tu însuți, independență. Viața omenească începe cu o fuziune între ovul și spermatozoid, trece printr-un stadiu embrionar de dependență totală de mamă, iar mai apoi ajunge într-o fază de dependență fizică și emoțională cu adulții din preajmă. Treptat, individul trasează linii care pun un hotar între el și ceilalți, începând să se bizuiască pe propriile puteri, să fie independent și separat.

Absența separării înseamnă stoparea creșterii, însă și separarea își are ca preț izolarea.

Tensiunea inerentă acestei dileme este, în cuvintele lui Kaiser, „conflictul universal" al ființei umane. „A deveni un individ implică o izolare fundamentală, eternă și insurmontabilă."[18] Fromm subliniază același lucru în *Frica de libertate*:

> *În măsura în care copilul iese din această lume, el devine conștient că este singur, că este o entitate distinctă de toate celelalte. Această despărțire de o lume care, în comparație cu existența individuală, este copleșitor de puternică și deseori amenințătoare și periculoasă, creează un sentiment de neputință și angoasă. Atâta timp cât cineva a fost o parte integrantă a acestei lumi, inconștient de posibilitățile și responsabilitățile acțiunii individuale, n-a fost nevoie să se teamă de ea. Când a devenit un individ, stă singur și înfruntă lumea în toate aspectele ei primejdioase și copleșitoare.*[19]

Renunțarea la starea de fuziune interpersonală înseamnă întâlnirea cu izolarea existențială, cu toată teroarea și neputința sa. Dilema fuziune-izolare, sau, după cum e descrisă în mod comun, fuziune-separare – este o sarcină existențială importantă în cadrul dezvoltării personale. E ceea ce spunea Otto Rank, atunci când atrăgea atenția asupra importanței traumei nașterii. Pentru Rank, nașterea este emblematică pentru orice fel de ieșire din fuziune. Teama copilului e de viața însăși.[20]

Devine acum limpede că izolarea existențială și izolarea interpersonală sunt întrețesute. Ieșirea din fuziunea interpersonală aruncă individul în izolare existențială. O stare nesatisfăcătoare de existență fuzională sau ieșirea prea timpurie ori nesigură din fuziune lasă individul nepregătit să înfrunte izolarea inerentă existenței autonome. Frica de izolarea existențială este forța din spatele multor relații interpersonale și, după cum vom vedea, constituie dinamica aflată la baza fenomenului de transfer.

Problema relației este legată de fuziune și izolare. Va trebui să învățăm să ne raportăm la celălalt fără să dăm curs dorinței de a ieși din izolare, devenind o parte din altul. Însă va trebui totodată să ne raportăm la celălalt fără a-l reduce la o unealtă, la un mijloc de apărare împotriva izolării. Bugental (în discuția sa asupra problemei înrudirii) exploatează resurse-

 le cuvântului „aparte".[21] Sarcina de bază a ființei umane în domeniul interpersonal este să fie deopotrivă „parte din..." și „aparte de...". Izolarea existențială și cea interpersonală sunt ambele stadii pe drumul care duce de la una la alta. Trebuie să ne separăm întâi de celălalt pentru a ne întâlni cu izolarea; pentru a avea experiența singurătății va trebui să rămânem singuri. Însă după cum voi discuta, confruntarea cu singurătatea e cea care face posibilă o interacțiune cu celălalt care are sens, este profundă.

Izolare și relaționare

Experiența izolării existențiale produce o stare subiectivă extrem de inconfortabilă și care, după cum e cazul cu orice formă de disconfort, nu este tolerată de individ pentru foarte mult timp. Apărările inconștiente „își fac treaba" repede și o ascund, dincolo de raza de acțiune a experienței conștiente. Apărările trebuie să fie activate fără încetare, deoarece izolarea are loc în interior, și abia așteaptă să fie recunoscută. După cum spunea Martin Buber, „Undele eterului sunt permanent agitate, dar în cea mai mare parte a timpului avem receptoarele închise"[22].

Cum ne apărăm de teama izolării supreme? Cineva poate interioriza o parte din izolare, suportând-o cu curaj sau, în termenii lui Heidegger, într-o „stare de hotărâre". Cealaltă soluție e ca individul să încerce să nu mai fie singur și să intre în relații cu un altul, fie semen de-al său, fie ființă divină. Sprijinul cel mai important împotriva spaimei izolării existențiale este de obicei de natură relațională, iar discuția mea asupra manifestărilor clinice ale izolării existențiale va trebui să se focalizeze obligatoriu asupra relațiilor interpersonale. Totuși, accentul meu va fi diferit față de discuțiile tradiționale în materie de psihologie interpersonală: mă voi focaliza nu asupra unor nevoi precum siguranța, atașamentul, autovalidarea, satisfacțiile trupești sau dorința de putere, ci mai ales asupra modului în care relațiile reușesc să estompeze izolarea fundamentală și universală.

Nicio relație nu poate elimina izolarea. Fiecare dintre noi e singur în existența-i. Și totuși singurătatea poate fi împărtășită de o manieră în care dragostea să compenseze durerea izolării. Buber spunea că „o relație importantă reușește să treacă peste barierele solitudinii arogante, îi înfrânge legile stricte și aruncă un pod de la sine către sine peste abisul de spaimă a universului".[23]

Cred că, dacă vom fi capabili să ne recunoaștem izolarea existențială și să o înfruntăm cu hotărâre, vom deveni capabili să ne întoarcem cu dragoste către ceilalți. Dacă, pe de altă parte, suntem copleșiți de groază în fața abisului singurătății, nu îi vom căuta pe ceilalți, ci îi vom violenta, agățându-ne de ei pentru a nu ne îneca în oceanul existenței. În acest caz, relațiile nu vor mai fi autentice, ci schilodiri, avortoni și schimonosiri a ceea ce ar fi putut să fie. Nu ne vom raporta la alții înțelegându-i cu adevărat, văzându-i cum ne vedem pe noi înșine, ca ființe conștiente, singure, speriate, care își plămădesc din aluatul lucrurilor o lume unde să se simtă acasă. Ne comportăm cu oamenii cum ne comportăm cu niște unelte sau aparate. Ceilalți, care nu mai sunt acum „ceilalți", ci un „ceva", sunt acolo, în orizontul propriei lumi, cu o *funcție* anume. Această funcție fundamentală este desigur *negarea izolării*, însă a-ți da seama de o astfel de funcție te aduce mult prea aproape de spaimă, care stă la pândă. E nevoie de o disimulare și mai accentuată; apar metafuncții; iar noi constituim relații care aduc profituri (de pildă, puterea, fuziunea, protecția, faima sau adorația) care la rândul lor servesc negării izolării.

Nu e nimic nou în această organizare defensivă psihologică: orice sistem ce vrea să explice comportamentul propune un conflict esențial înconjurat de straturi formate din dinamici care-l protejează și îl ascund. Aceste relații „avortate", alături de rezultatele, funcțiile și metafuncțiile lor constituie ceea ce clinicienii numesc „psihopatologie interpersonală". Voi descrie tabloul clinic al multora din formele de relaționare patologică și voi discuta dinamicile existențiale ale fiecăreia. Însă, pentru a înțelege pe deplin ceea ce o relație nu este, e necesar înainte de toate ca să înțelegem ce poate fi în mod optim o relație.

Dragostea eliberată de nevoie

Cele mai bune relații implică indivizi care se raportează unul la celălalt în absența unei nevoi. Însă e oare posibil să iubești pe cineva pentru el însuși, și nu pentru ce are el de oferit? Cum putem iubi fără a folosi, fără reciprocitate, fără combustibilul pasiunii arzătoare, al poftei, al admirației sau al interesului? E o problemă la care au meditat mulți gânditori înțelepți. Voi începe prin a trece în revistă contribuțiile lor.

 Martin Buber. „La început este relația."[24] Aceasta era proclamația lui Martin Buber, un filosof și teolog a cărui înfățișare patriarhală, din care nu lipsea privirea pătrunzătoare și barba complet albă, amplifica puterea sentințelor sale filosofice. Buber a avut un impact extraordinar atât asupra filosofiei religiei, cât și asupra teoriei psihiatrice moderne. Poziția sa e una neobișnuită, provenind, pe de o parte, din gândirea mistică evreiască și hasidism, iar pe de altă parte, din teoria modernă a relațiilor cu celălalt. Proclamația sa că „la început este relația" își trage rădăcinile din aceste tradiții. Buber făcea parte dintr-o tradiție mistică a cărei credință era că fiecare individ este parte din Legământ; fiecare conține câte o scânteie divină, scântei care luate toate împreună revelă prezența divină. Astfel, indivizii sunt uniți deoarece fiecare are o legătură cosmică, spirituală cu universul.

Buber credea că dorința de relație este „înnăscută" și dată, că „în sânul matern omul ajunge să învețe universul, dar că la naștere uită ce a învățat"[25]. Copilul are o „nevoie" de contact – inițial tactil, iar mai apoi „optim", contact cu o altă ființă. Copilul nu știe de „eu"; el nu știe de nicio altă stare afară de relație.

Potrivit lui Buber, omul nu există ca entitate separată: „Omul este o creatură aflată între."[26] Există două tipuri fundamentale de relaționare – și de aceea două tipuri de intermediaritate – pe care Buber le caracteriza ca „Eu-Tu" și „Eu-Acela". Relația „Eu-Acela" este relația între persoană și dispozitiv, o relație „funcțională", între subiect și obiect, din care reciprocitatea este complet absentă.

Relația „Eu-Tu" este complet reciprocă și implică experiența celuilalt. Diferă de empatie (privirea unei situații din punctul de vedere al altuia) prin aceea că e mai mult decât un „eu" care încearcă să se raporteze la „celălalt". „Nu există niciun Eu în sine, ci numai Eu din cuvântul fundamental Eu-Tu."[27]

„Relația este reciprocitate."[28] Nu doar că „Tu" din relația Eu-Tu e diferit de „Acela" din relația Eu-Acela și nu doar că naturile relațiilor sunt extrem de diferite, dar există o diferență și mai fundamentală. *„Eu" este diferit în cele două situații.* „Eu" nu are o realitate preeminentă – un „Eu" poate decide să relaționeze cu diverși „Acela" sau „Tu", ca obiecte care se plimbă în sfera sa vizuală. Dimpotrivă, „Eu" este „între"; „Eu" *apare și este format în cadrul unei relații.* De aceea, „Eu" este profund influențat de re-

lația cu „Tu". Cu fiecare „Tu" și cu fiecare moment al relației, „Eu" este creat din nou. Când se raportează la „Acela" (fie că e vorba de un lucru sau o persoană transformată în lucru), individul reține ceva din sine: îl inspectează din multiple perspective posibile; îl categorisește, îl analizează, îl judecă și decide cu privire la poziția lui în marea schemă a lucrurilor. Însă întreaga ființă a individului este implicată atunci când el se raportează la „Tu", și nimic nu poate fi reținut.

> *Cuvântul fundamental Eu-Tu poate să fie rostit numai cu întreaga ființă. Adunarea și contopirea întregii ființe nu se poate face prin mine, nu se poate face fără mine. Mă împlinesc prin Tu; devenind Eu, îl rostesc pe Tu...*[29]

Dacă ne vom raporta la celălalt cu mai puțin decât cu întreaga noastră ființă, dacă nu vom da totul, bazându-ne, de pildă, relația pe lăcomie sau pe anticiparea unui profit, sau dacă individul rămâne în atitudinea obiectivă, spectator, și ne vom întreba cu privire la impresiile pe care propriile acțiuni le fac asupra celuilalt, atunci întâlnirea Eu-Tu se va transforma într-una Eu-Acela.

Dacă este să relaționăm cu adevărat cu celălalt, va trebui să plecăm urechea cu adevărat către el: să renunțăm la stereotipuri și anticipări referitoare la celălalt, să ne lăsăm formați de răspunsul celuilalt. Distincția lui Buber între ascultare „autentică" și „falsă" are implicații importante asupra relației terapeutice.

Pentru a ne raporta al celălalt de o manieră lipsită de nevoi, va trebui să renunțăm la noi sau să ne ridicăm asupra propriei persoane. Ilustrarea mea favorită a relației Eu-Tu este descrierea lui Buber a relației între el și calul său, de când era mic:

> *Când aveam unsprezece ani și îmi petreceam vara la ferma bunicilor, obișnuiam, ori de câte ori puteam să nu fiu observat, să mă strecor în grajd și să mângâi ușor gâtul dragului meu cal bălțat cu pete gri. Nu era o plăcere trecătoare, ci un eveniment important, extrem de emoționant și încărcat de prietenie. Dacă ar fi să explic acel lucru în prezent, pe baza amintirilor încă proaspete și acum, va trebui să spun că experiența mea în raporturile cu animalul era experiența lui Celălalt, alteritatea imensă a Celuilalt, care totuși nu rămânea stranie ca alteritatea boului sau berbecului, ci îmi permitea apropierea și contactul.*

Când mângâiam coama bogată, uneori, minunat pieptănată, alteori, într-o dezordine rebelă, și simțeam viața sub mâna mea, era ca și cum elementul vital însuși era în contact cu pielea mea, ceva ce nu eram Eu și cu certitudine nu era înrudit cu mine, un altul palpabil, nu doar un altul oarecare, chiar Celălalt însuși; și totuși mă lăsa să mă apropii, avea încredere în mine, se plasa esențialmente în relația lui Tu, un Tu pentru mine. Calul, chiar înainte de a-i turna ovăz în iesle, își înălța blând capul uriaș, și dând din urechi, fornăia ușor, ca un conspirator care dă un semnal menit să fie recunoscut doar de tovarășii săi întru conspirație; eram aprobat. Însă odată – nu știu ce mi-a venit, dar era destul de copilăresc – m-a frapat mângâierea, cât de mult mă amuza, și brusc am devenit conștient de mâna mea. Jocul a continuat ca înainte, dar ceva se schimbase și lucrurile nu mai erau la fel. A doua zi, după ce i-am dat să mănânce bine, i-am mângâiat capul, dar el nu și l-a mai ridicat.[30]

Modul în care trăim relația „Eu-Tu" este „dialogul", unde fie tacit, fie explicit, „fiecare dintre participanți are în minte pe celălalt sau pe ceilalți în ființa lor particulară și se întoarce către ei cu intenția de a stabili o relație reciprocă vie".[31] Dialogul înseamnă întoarcerea către celălalt cu întreaga noastră ființă. Când micul Buber și-a deturnat atenția de la cal, când și-a dat seama de propria mână și de cât de mult îi plăcea să-l mângâie, atunci dialogul a dispărut, iar „monologul" lui Eu-Acela sa devenit hegemonic. Buber a numit această deturnare de la alții „reflecție". În reflecție nu doar că persoana „este preocupată de sine"[32], dar, mai important, ea uită de existența particulară a celuilalt.

Viktor Frankl sublinia același lucru atunci când deplângea „vulgarizarea" contemporană a conceptului de întâlnire.[33] Frankl susține, destul de corect cred, că „întâlnirea", așa cum are loc ea în grupurile de întâlnire, nu e deloc o întâlnire, ci o exprimare a propriei persoane, o venerare a descărcării afective ale cărei motivații rezidă în „monadologia" psihologică care descrie ființa umană ca o încăpere lipsită de ferestre, ca pe o creatură care nu poate ieși din propriul perimetru, care „nu se poate întoarce către celălalt". Ca atare, mult prea adesea, se pune accentul pe exprimarea agresivității, pe lovirea unei perne sau a unui sac de box, pe respectul de sine, pe folosirea celorlalți pentru rezolvarea unor probleme vechi, pe autoactualizare. În locul unor întoarceri spre celălalt, după cum ar spune Buber, avem parte de un șir de „monologuri deghizate în dialoguri".[34]

Buber cerea mult într-o relație Eu-Tu. Cândva de pildă, a fost vizitat de un tânăr necunoscut, care a venit să stea de vorbă cu el. Buber a aflat mult mai târziu că străinul avea gânduri care au rămas ascunse, că era „adus de destin" și că era pe cale de a lua o decizie personală extrem de importantă. Deși Buber îl tratase prietenește și cu atenție, se mustra pentru că „nu participase la întâlnire cu spiritul" și că „nu ghicise întrebările care nu îi fuseseră adresate".[35] Însă e întotdeauna posibil să ne întoarcem către celălalt cu o astfel de intensitate? Evident că nu, iar Buber a subliniat că, deși Eu-Tu reprezintă un ideal către care va trebui să tindem, el se concretizează doar arareori. Individul trebuie să trăiască mai ales în lumea lui Eu-Acela. A trăi doar în lumea lui „Tu" are ca rezultat consumarea propriului sine de către flacăra fierbinte a lui „Tu".

> *Lumea lui Acela este o lume în care [indivizii] trebuie să trăiască și în care pot să trăiască (...) Momentele lui Tu apar, în această cronică stabilă și avantajoasă, ca niște episoade lirico-dramatice, pline de un farmec seducător,* dar *care împing periculos spre excese (...) Nu se poate trăi în prezentul pur și simplu, el l-ar devora pe cel care n-ar avea prevederea de a-l depăși repede și total (...) Dacă vrei să-ți spun cu toată seriozitatea adevărul, iată-l: omul nu poate să trăiască fără Acela. Dar cine trăiește numai cu el, nu este om.*[36]

Această pledoarie pentru echilibru ne amintește de bine cunoscutul aforism al rabinului Hillel: „Dacă nu exist pentru mine, cine să o facă? Și dacă exist doar pentru mine, ce sunt?"[37]

L-am citat pe Buber pe larg deoarece descrierea pe care o face relației bazată pe dragostea fără de nevoie este vie și captivantă. Nu mă pot depărta de el fără a comenta pe marginea unei tensiuni evidente între poziția capitală acordată izolării existențiale și afirmația lui Buber potrivit căreia ființa umană nu există ca „Eu", ci ca „o creatură aflată între". Întrucât Buber susținea că modul fundamental de existență a omului este unul relațional, el nu găsea niciun loc în sistemul său pentru izolarea existențială. El ar fi protestat la susținerea mea că izolarea este un aspect fundamental al situației noastre existențiale; ba chiar cred că ar fi protestat încă și mai viguros dacă ar fi văzut că opera sa este citată în cadrul discuției mele.

Și totuși aș vrea să examinez un vis important cu care Buber își începe cartea *Între om și om* – un vis recurent pe care l-a visat, uneori la interva-

 le de câțiva ani, toată viața.[38] Visul, pe care Buber l-a numit al „strigătului dublu", începe înfățișându-l singur „într-o peșteră vastă sau o clădire de lut, sau la liziera unei păduri de un fel de care nu mai văzusem". Ulterior, se întâmplă ceva extraordinar, cum ar fi apariția unui animal care îi sfâșie carnea de pe braț, iar mai apoi:

> *Strig... De fiecare dată e același strigăt, nearticulat, dar posedând un ritm strict, un strigăt care crește și descrește, care atinge o deplinătate pe care gâtul meu nu ar putea să o suporte în stare de veghe, lung și domol, foarte domol și foarte lung, un strigăt care e un cântec. Când se termină, inima încetează să-mi mai bată. Însă mai apoi, undeva, departe, un alt strigăt se tânguie către mine, un altul care e la fel, același strigăt emis sau cântat de o altă voce.*

Pentru Buber, strigătul de răspuns este un eveniment critic:

> *Când răspunsul s-a încheiat, am certitudinea, așa cum numai în vise poți fi cert, că acel strigăt de răspuns tocmai* s-a întâmplat. *Nimic mai mult. Doar asta, și în acest mod: tocmai s-a întâmplat. Dacă ar trebui să mă explic, aș spune că întâmplarea care a dat naștere strigătului meu tocmai ce s-a întâmplat acum, în realitate și fără îndoială, odată cu răspunsul.*

Buber susținea că modul nostru fundamental de a fi e relațional, iar în acest vis, pe care îl menționa ca pe o viziune revelatoare a unui adevăr, existența începe cu apariția relației – strigătul de răspuns. Și totuși textul despre vis, cu puțină bunăvoință, poate fi interpretat diferit. Începutul nu este într-o relație, ci într-o stare de singurătate dintr-un loc straniu. Individul este atacat și înfricoșat. El strigă cu toate puterile și, în așteptarea unui răspuns, inima îi stă în loc. Visul îmi comunică izolarea fundamentală și sugerează că existența noastră începe cu un strigăt solitar, care așteaptă nerăbdător un răspuns.

Abraham Maslow. Abraham Maslow, care a murit în 1970, a influențat puternic teoria psihologică modernă. Mai mult decât oricine, el este cel care trebuie privit drept părintele psihologiei umaniste – un domeniu care, după cum am mai discutat în primul capitol, e în bună parte comun celui al psihologiei existențiale. Cred că Maslow va trebui redescoperit chiar de mai multe ori înainte ca întreaga bogăție a gândirii sale să fie asimilată.

Una dintre susținerile fundamentale ale lui Maslow era că motivația de bază a individului este orientată fie către „deficit", fie către „creștere". El credea că nevroza este o boală născută dintr-un un deficit, un rezultat al lipsei de satisfacere, încă de devreme în viață, a unor nevoi psihologice de bază: siguranța, apartenența, identificarea, dragostea, respectul, prestigiul.[39] Indivizii ale căror nevoi de acest gen sunt satisfăcute se orientează către creștere: ei sunt capabili să își realizeze potențialul înnăscut de maturitate și autoactualizare. Indivizii orientați spre creștere, în contrast cu cei axați pe deficit, sunt mult mai autosuficienți și mult mai puțin dependenți de mediu în ceea ce privește încurajările și gratificațiile. Cu alte cuvinte, forțele care îi guvernează nu sunt de natură socială și nici nu provin din mediu, ci sunt factori interiori:

Legile propriei naturi interne, potențialitățile și capacitățile, talentele și resursele lor latente, impulsurile lor creative, nevoia de a se cunoaște și de a deveni din ce în ce mai integrați și unificați, de a fi din ce în ce mai conștienți de ce anume reprezintă în realitate, de ce vor în realitate sau de care le e soarta sau vocația.[40]

Indivizii pe care îi motivează creșterea au altfel de relații interpersonale față de cei motivați de deficit. Persoana motivată de creștere este mai puțin dependentă, mai puțin îndatorată altora, are mai puțină nevoie de laudele și afecțiunea celorlalți și e mai puțin doritoare de onoruri, prestigiu și recompense. Ea nu are nevoie de gratificații interpersonale continue și, în realitate, de multe ori, se poate simți deranjată de alții, preferând să fie lăsat[în pace în anumite momente. Ca atare, ea nu se raportează la alții ca la surse de avantaje, ci e capabilă să-i vadă ca ființe complexe, unice și întregi. Pe de altă parte, individul motivat de deficit se raportează la alții ca la niște ființe utile. Aspectele celorlalți care nu au legătură cu nevoile lor sunt fie trecute cu vederea, fie privite cu iritare sau ca amenințări. După cum spunea Maslow, dragostea este în acest mod transformată în altceva, ajungând să semene cu relațiile noastre cu „vacile, caii sau oile, ca și cu cele cu chelnerii, șoferii de taxi, portarii, polițiștii sau alți indivizi de care ne folosim".[41]

Astfel, Maslow descrie două tipuri de dragoste corespunzătoare celor două tipuri de motivație, a „deficitului" și a „creșterii". „Dragostea-D"

 (dragostea deficitului) este „dragoste egoistă" sau „dragoste-nevoie", în vreme ce „Dragostea-B" (dragostea pentru existența acelei persoane)* este „dragostea fără de nevoie" sau „dragostea neegoistă". El era de părere că dragostea-B nu e una posesivă, izvorăște mai degrabă din admirație decât din nevoie; este mai bogată, „mai înaltă", o experiență subiectivă mai valoroasă în comparație cu dragostea-D. Dragostea-D poate avea gratificații, în vreme ce conceptul de „gratificație" poate fi aplicat doar cu greu dragostei-B. Dragostea-B conține un minim de angoasă-ostilitate (însă desigur, poate fi angoasă pentru un altul). Îndrăgostiții-B sunt mai independenți unii de alții, mai autonomi, mai puțin geloși sau amenințați, au nevoi reduse, sunt mai dezinteresați, dar și mai săritori să-i ajute pe ceilalți în autoactualizarea lor, mai mândri de triumful celuilalt, mai altruiști, generoși și mai ocrotitori. La un nivel profund, dragostea-B îl creează pe partener, conduce la acceptarea de sine și la sentimentul că ești demn de dragoste, ceea ce favorizează creșterea continuă.[42]

Erich Fromm. În minunata sa carte *Arta de a iubi*[43], Erich Fromm și-a pus și el problema cu care s-au luptat Buber și Maslow: care este natura dragostei lipsite de nevoie? Este realmente frapant, dar și liniștitor, că acești trei gânditori originali, fiecare venind din orizonturi diferite (teologie-filosofie, psihologie experimentală și socială, respectiv psihanaliză) au ajuns la concluzii similare.

Punctul de plecare al lui Fromm este că grija fundamentală a ființei umane este izolarea existențială, că sesizarea separării este „obârșia oricărei angoase"[44] și că sarcina noastră psihologică principală a constat, de-a lungul timpului, în depășirea separării. Din perspectivă istorică, Fromm discută câteva încercări de a oferi o soluție: activitatea creatoare (uniunea artistului cu materialul și produsul), stările orgiastice (religioase, sexuale, induse de droguri) și conformarea la obiceiurile și credințele grupului. Însă toate aceste încercări eșuează:

> *Unitatea realizată în munca productivă nu este interpersonală; unitatea realizată în fuziunea orgiastică este trecătoare; unitatea realizată prin conformare este doar pseudounitate. Așadar, ele sunt doar soluții parțiale ale problemei*

* În engleză: „D-love" (de la „defficiency love"), respectiv „B-love"(de la „love for the being of another person"). (*N. t.*)

existenței. Soluția completă constă în realizarea uniunii interpersonale, a fuziunii cu o altă persoană, în iubire.[45]

Ce înțelegea Fromm prin „soluția completă" e neclar, dar presupun că e vorba de răspunsul „cel mai satisfăcător". Dragostea noastră nu ne scoate din starea de separare, un dat al existenței ce poate fi înfruntat, dar nu evitat. Dragostea reprezintă modalitatea cea mai bună de a lupta cu durerea separării. Buber, Maslow și, după cum vom vedea, Fromm au ajuns la formulări similare ale dragostei eliberate de nevoie, însă ele își au punctul de plecare în perspective diferite asupra rolului dragostei în viețile oamenilor. Buber presupunea că starea de iubire este starea naturală a omului și că izolarea era o stare de decădere. Maslow privea dragostea atât ca pe o nevoie înnăscută, cât și ca pe un potențial. Fromm privea dragostea ca un instrument prin care omul poate fi fortificat, ca „un răspuns la problema existenței" – o poziție apropiată de cea a acestei cărți.

Nu toate formele de dragoste răspund în egală măsură angosei de separare. Fromm diferenția între „uniunea simbiotică" – o formă decăzută de dragoste – și dragostea „matură". Dragostea simbiotică, având o formă activă (sadismul) și una pasivă (masochismul), este o stare de fuziune în care niciuna dintre părți nu e în întregime liberă (o voi discuta alături de alte forme de dragoste dezadaptative în secțiunea care urmează. Dragostea matură este „uniunea cu condiția păstrării propriei integrități, a propriei individualități... În iubire, apare paradoxul că două ființe devin una și rămân totuși două".[46]

Fromm merge pe urmele dezvoltării individuale către copilăria timpurie, când individul are experiența de a fi iubit pentru ce este sau, poate mai precis, pentru că este. Mai târziu, între opt și zece ani, în viața copilului își face simțită prezența un nou factor: perceperea faptului că individul generează iubire prin ceea ce face. Pe măsură ce individul depășește egocentrismul, nevoile celuilalt devin la fel de importante ca și cele proprii, iar individul își transformă noțiunea pe care o are asupra iubirii din „a fi iubit" în „a iubi". Fromm pune semnul de egalitate între „a fi iubit" și o stare de dependență, în care, deoarece rămâne mic, neajutorat sau „cuminte", individul este recompensat cu dragoste; în vreme ce „a iubi" este o stare care te simți puternic și eficace. „Iubirea infantilă urmează principiul «*Sunt pentru că iubesc*». Iubirea imatură spune «*Te iubesc pentru*

 că am nevoie de tine». Iubirea matură spune: «*Am nevoie de tine pentru că te iubesc*».”[47]

Ideea lui Fromm că dragostea este un proces activ, nu unul pasiv are o importanță extraordinară pentru clinician. Pacienții se plâng de singurătate, că nu sunt iubiți și că sunt de neiubit, însă rezultatele apar atunci când travaliul este orientat în direcția opusă: spre incapacitatea lor de a iubi. Iubirea e un gest pozitiv, și nu un afect pasiv; ea înseamnă a da, și nu a primi – nu „îndrăgostire”, ci „starea permanentă de iubire”.[48] Va trebui să distingem între „a oferi” și a „se epuiza”. Un individ înclinat spre acumulare, receptiv sau exploatativ* simte că s-a epuizat sau a sărăcit dacă oferă ceva; unul cu o fire comercială se va simți înșelat dacă oferă, dar nu primește. Însă pentru persoana matură „productivă” a oferi este o expresie a puterii și a abundenței. În actul dăruirii, individul își exprimă și își sporește vitalitatea. „Dăruind, nu poate să nu aducă la viață ceva în celălalt, iar acest ceva se reflectă asupra lui însuși; dăruind cu adevărat, el nu poate să nu primească ceea ce îi este dăruit în schimb. A dărui implică să-l faci pe celălalt să dăruiască de asemenea, și cei doi împărtășesc astfel bucuria a ceea ce au adus la viață împreună.”[50] Să remarcăm cât de aproape este aceasta de ce spunea Buber: „Relația înseamnă reciprocitate *(Beziehung ist Gegenseitigkeit)*. Tu al meu acționează asupra mea, exact așa cum acționez eu asupra lui. Discipolii noștri ne formează, operele noastre ne edifică (...) Noi trăim misterios cuprinși în fluida reciprocitate a Totului.”[51]

Alături de faptul că oferă ceva, dragostea matură implică și alte elemente fundamentale: grijă, responsabilitate, respect și cunoaștere.[52] A iubi înseamnă a fi activ preocupat de viața și dezvoltarea celuilalt. Individul trebuie să răspundă nevoilor (fizice și psihologice) ale celuilalt. E nevoie de respect pentru unicitatea celuilalt, pentru a-l vedea așa cum este și a-l ajuta să se dezvolte în modul care îi este propriu, de dragul său, și nu pentru a ne sluji nouă înșine. Însă nu-l putem respecta cu adevărat pe celălalt fără să-l cunoaștem cu adevărat. Adevărata cunoaștere a celuilalt, credea Fromm, este posibilă doar când individul transcende preocuparea pentru sine și vede cealaltă persoană așa cum e în ea însăși. Individul trebuie să

* Fromm descrie cinci tipuri de personalitate fundamentale: receptiv, exploatativ, acumulativ, comercial și productiv. Primele patru (tipurile „neproductive”) au opinia că „sursa a tot ce e bun” stă în afara lor, iar ei trebuie să obțină tot ce-i bun prin acceptare, primind, păstrând, respectiv schimbând. Tipul productiv are o motivație interioară către creștere și e un individ care se actualizează pe sine.[49]

asculte și să empatizeze (deși Fromm nu folosește acest termen): altfel spus, individul trebuie să se familiarizeze cu lumea privată a celuilalt, să trăiască în viața celuilalt și să îi înțeleagă sensurile și experiențele interioare. Să remarcăm iarăși cât de convergenți sunt Fromm și Buber: nu avem decât să comparăm dragostea lui Fromm cu „dialogul" și „ascultarea autentică, lipsită de presupoziții" a lui Buber.

E important ca un clinician să privească dragostea mai degrabă ca o „atitudine" (ceva care caracterizează modul în care cel care iubește se raportează la lume) decât în termenii relației persoanei care iubește cu „obiectul" dragostei. Mult prea adesea facem greșeala de a considera atașamentul exclusiv față de o persoană ca o probă pentru intensitatea și puritatea dragostei. Însă o astfel de dragoste este, în termenii lui Fromm, un „atașament simbiotic" sau un „egocentrism lărgit"[53] și, în lipsa grijii pentru alții, se va surpa inevitabil sub propria apăsare. *Dragostea eliberată de nevoie este în schimb un mod în care individul se raportează la lume.*

Un director de succes în vârstă de patruzeci de ani m-a consultat odată deoarece se îndrăgostise de o femeie și nu se putea decide dacă să își părăsească soția și copii. În cadrul terapiei, după câteva ședințe, a devenit extrem de lipsit de răbdare și critic la adresa mea pe motiv de ineficiență generală și din cauza eșecului meu de a-i oferi un plan de acțiune sistemâtic. Curând, aceste critici ne-au condus în zona atitudinii sale aspre față de oameni în general. În cadrul terapiei, am purces să investigăm nu decizia imediată pe care trebuia să o ia, ci lipsa de iubire față de lume în general. Terapia i-a fost benefică deoarece s-a focalizat, după cum o face în general orice terapie eficace, pe lucruri neașteptate.

Tipul de dragoste cel mai profund este potrivit lui Fromm dragostea fraternă – o experiență de unitate cu toți indivizii, caracterizată mai ales prin lipsa exclusivității. Biblia insistă că obiectul dragostei trebuie să fie individul fragil, săracul, văduva, orfanul, străinul. Aceștia nu servesc scopurilor noastre, iar a-i iubi înseamnă o dragoste eliberată de nevoie, „ca de frate".

Am început această secțiune întrebându-mă cum e posibil să ne raportăm la celălalt fără să fim motivați de nevoile noastre. Acum, în lumina concluziilor asemănătoare la care au ajuns Buber, Maslow și Fromm, voi descrie caracteristicile unei relații mature, unde nevoia nu intervine, iar

 mai apoi voi folosi acest prototip pentru a ilumina prin contrast natura diferitelor relații ratate.

1. A avea grijă de celălalt înseamnă o relaționare dezinteresată: individul renunță la conștientizarea și la preocuparea de sine: individul relaționează fără să fie dominat de întrebarea referitoare la cum îl vede celălalt sau cu ce se poate alege. Individul nu caută laude, adorație, sex, putere sau bani. Individul se raportează în acel moment doar la cealaltă persoană: nu mai e nevoie de un terț, actual sau imaginat, care să observe întâlnirea. Cu alte cuvinte, individul trebuie să se raporteze cu întreaga sa ființă la celălalt: dacă parte din propria ființă e în altă parte – de pildă, studiind efectul pe care relația o va avea asupra unei terțe persoane – atunci, în aceeași măsură, individul va eșua în a construi o relație.
2. A avea grijă de celălalt înseamnă a cunoaște experiențele sale cât mai mult. Dacă individul se raportează dezinteresat, el va fi liber să aibă experiența tuturor aspectelor celuilalt în loc să fie interesat de acelea care îi aduc o utilitate oarecare. Individul întinde punți către celălalt, recunoscându-l ca pe o ființă însuflețită care și-a constituit propria lume.
3. A avea grijă de celălalt înseamnă să-ți pese de existența și de creșterea sa. În posesia unei cunoașteri cât mai complete, derivată din ascultarea autentică, individul încearcă să-l ajute și pe celălalt să fie cu adevărat o ființă vie în momentul întâlnirii.
4. Grija este activă. Dragostea matură înseamnă a iubi, și nu a fi iubit. Individul se dăruiește cu dragoste celuilalt; el nu e un subiect inert căruia i s-a întâmplat să se „îndrăgostească lulea".
5. Grija este modul de a fi al individului în lume; nu este doar o relație exclusivă, magică și care nu poate fi descrisă cu o anumită persoană.
6. Grija matură izvorăște din propria bogăție, nu din sărăcia celuilalt – din creștere, și nu din nevoie. Individul nu iubește pentru că are nevoie de existența celuilalt, care să-l întregească, și nici ca să scape de o singurătate copleșitoare. Individului care iubește matur i-au fost satisfăcute aceste nevoi altcândva și altfel, între altele și prin intermediul dragostei materne, care s-a revărsat asupra sa în primele eta-

pe ale vieții. Dragostea primită în trecut este deci o sursă de putere; dragostea de acum este rezultatul puterii.

7. Grija e reciprocă. În măsura în care individul „se preocupă de celălalt" cu adevărat, el va fi schimbat. În măsura în care insuflă viață celuilalt, și el devine mai viu.
8. Grija matură nu este lipsită de răsplată. Individul este transformat, îmbogățit, împlinit, iar singurătatea sa existențială este diminuată. Având grijă, el se bucură de grija altuia. Aceste gratificații provin din grija adevărată, dar nu o stimulează. Spre a prelua inspiratele vorbe ale lui Frankl, roadele trebuie lăsate să se coacă, nu să fie culese cu de-a sila.

Izolarea existențială și psihopatologia interpersonală

Dacă nu reușim să ne dezvoltăm puterea interioară, sentimentul propriei valori și identitatea fermă care ne face capabili să înfruntăm izolarea existențială, să spunem „Asta e" și să ducem povara angoasei, atunci vom căuta să dobândim pe căi ocolite siguranța. Voi investiga în această secțiune aceste metode prin care se încearcă obținerea securității, ca și manifestările lor clinice. În cea mai mare parte, ele sunt relaționale – altfel spus, ele implică relații interpersonale – dar, după cum vom vedea, de fiecare dată individul nu se raportează la (adică nu „are grijă de") altul, ci îl utilizează cu un anumit scop. Groaza, sesizarea directă a izolării existențiale, ca și structurile psihice defensive pe care le edificăm pentru a diminua angoasa sunt cu toate inconștiente. Individul știe doar că nu poate rămâne singur, că are nevoie disperată de ceva ce doar alții sunt capabili să-i ofere și că, oricât s-ar strădui, ceva nu merge cum trebuie în relațiile cu ceilalți.

O altă soluție constă în sacrificarea propriei identități: individul își diminuează angoasa izolării prin pierderea de sine într-un alt individ, într-o cauză sau activitate. Din acest motiv, cum spunea Kierkegaard, individul este de două ori disperat[54]: înainte de toate, el are parte de disperarea fundamentală existențială peste care se adaugă cea dată de faptul că, întrucât și-a sacrificat conștiința de sine, nici nu își dă seama că este disperat.

„Lucrul cel mai rău la singurătate, gândul care mă scoate din minți, este că se poate ca nimeni să nu se gândească acum la mine." Aceasta este declarația dintr-o ședință de grup a unui pacient spitalizat din cauza atacurilor de panică pe care le avea când rămânea singur. Experiența a fost imediat confirmată de membrii grupului, format din pacienți internați. O tânără de nouăsprezece ani care fusese internată deoarece își tăiase venele ca urmare a destrămării unei legături amoroase, a exclamat pur și simplu: „Mai degrabă moartă decât singură!" Un alt pacient a spus: „Când sunt singur aud voci. Probabil că vocile sunt un mod de a evita singurătatea!" (o explicație fenomenologică uimitoare a halucinației). O pacientă, care se mutila repetat, a declarat că o făcea din cauza disperării provenite dintr-o relație nesatisfăcătoare cu un bărbat. Și totuși nu putea să-l părăsească din cauza groazei că va rămâne singură. Când am întrebat-o ce o înspăimânta la singurătate, ea a spus cu un insight psihotic rece, direct: „Nu exist când sunt singură".

Aceeași dinamică se exprimă în solicitarea neîncetată a copilului de a fi vegheat și îngrijit. Prezența celuilalt e necesară pentru a face reală realitatea. (Și aici, ca peste tot, consider experiența copilului drept o manifestare anterioară, și nu cauza unui conflict subiacent.) Lewis Caroll, în *Alice în Țara din Oglindă*, a exprimat opinia deconcertantă a multor pacienți, că „exist doar câtă vreme cineva se gândește la mine". Alice, Manda și Tanda se *apropie* de Regele Negru, care doarme:

— Acum visează, a explicat Manda, și ce crezi tu că visează?

— Nimeni nu poate ști, a răspuns Alice.

— Cum să nu! Te visează pe tine, *a exclamat Manda, bătând triumfător din palme. Și dacă nu te-ar mai visa, unde crezi că ai fi?*

— Aici unde suntem și acum, bineînțeles.

— Da' de unde, a replicat Manda, pe un ton disprețuitor. N-ai fi nicăieri. Tu nu ești decât un soi de obiect făurit de visurile lui.

— Dacă Regele s-ar trezi, a adăugat Tanda, ai dispărea – fffft! – ca o lumânare.

— Nu-i cu putință! a exclamat Alice indignată. Și dacă, într-adevăr, eu nu sunt decât un obiect făurit de visurile lui, atunci ce sunteți voi?, aș vrea să știu.

— Idem, a spus Tanda.

— Idem, idem, a spus Manda.

A strigat acest cuvânt atât de tare, încât Alice nu s-a putut împiedica să-i atragă atenția:

— Sssst! Bagă de seamă, ai să-l trezești dacă faci atâta gălăgie.

— Nu-i cazul ca tu să vorbești despre trezirea sa când nu ești decât un obiect din visurile lui. Știi foarte bine că nu ești reală.

— Ba sunt reală! a ripostat Alice, și a început să plângă.

— N-ai motiv să plângi, a replicat Manda.

— Dacă n-aș fi reală, a răspuns Alice râzând printre lacrimi, n-aș fi în stare să plâng, totul e atât de caraghios!

— Doar nu-ți închipui că astea sunt lacrimi reale? a întrerupt-o Tanda cu dispreț în glas.[55]

O pacientă din cadrul grupului de terapie a comentat că odată avusese parte de o terapie ce durase câteva luni și că, după niște ani, își întâlnise din întâmplare terapeutul. Fusese „răvășită", deoarece terapeutului i-au trebuit patruzeci și cinci de minute ca să-și amintească de identitatea sa. Mai apoi s-a întors către terapeutul grupului și a întrebat: „Vă veți aminti întotdeauna de mine? Nu aș fi capabilă să continui dacă nu mă veți ține minte!" Era profesoară la un liceu și doar treptat a fost capabilă să accepte faptul crud că, după cum ea își uita elevii mai repede decât ei uitau de ea, la fel stătea situația și cu terapeuții. Terapeutul e mai important pentru pacient decât reciproc, la fel cum e profesorul pentru elev. (Totuși, aceasta nu interzice ca, după cum voi arăta, atunci când terapeutul *este* cu pacientul, aceasta să fie o prezență deplină, profundă.) Mai târziu, în timpul aceleiași ședințe, pacienta a comentat că începea să înțeleagă de ce sinuciderea i-a părut întotdeauna o opțiune serioasă în cazul său. Credea că, dacă s-ar fi sinucis, alții ar fi ținut-o minte multă vreme. E un exemplu excelent de „sinucidere ca gest magic", despre care am vorbit în capitolul 2. Felul în care privea sinuciderea nu includea și ideea morții; în schimb, înțelegea sinuciderea ca pe o modalitate de a triumfa asupra morții – cum e opinia tuturor celor care cred că, atâta vreme cât se mențin în conștiința altora, continuă să trăiască.

Căutând dragostea, individul nevrotic fuge din fața unui abia recunoscut sentiment al izolării și al golului care sălășluiește în centrul existenței. Prin faptul că e ales și apreciat, individul simte că își afirmă propria existență. Sentimentul pur al existenței, al lui „sunt", al faptului că stau la ori-

 ginea lucrurilor e mult prea înspăimântător prin izolarea pe care o aduce cu sine; de aceea, individul neagă faptul că e propria sa creație și alege să creadă că există doar în măsura în care este obiectul conștiinței celorlalți. Această soluție este condamnată să eșueze din mai multe motive. Relația eșuează de obicei pentru că, în timp, persoana cealaltă obosește să-i mai afirme existența. În plus celălalt simte că nu e iubit, ci doar că este nevoie de el. Cealaltă persoană nu se crede pe deplin înțeleasă sau îndrăgită și are sentimentul că atașamentul ia naștere doar prin raportarea la anumite aspecte ale sale, cele care sunt utile afirmării existenței celui care fuge de izolare. Soluția eșuează deoarece e doar un expedient: dacă persoana nu poate să-și afirme existența, va cere ca aceasta să-i fie afirmată continuu de altcineva. Individului îi este în schimb distrasă permanent atenția de la propria izolare fundamentală. Soluția eșuează și pentru că problema este greșit identificată: individul crede că nu e iubit, însă, de fapt, el e incapabil să iubească. După cum am văzut, a iubi e mai greu decât a fi iubit, necesitând o percepere mai exactă și o acceptare mai mare a propriei situații.

Individul care are nevoie de confirmare din partea altora spre a simți că trăiește trebuie să evite singurătatea. Adevărata solitudine e mult prea aproape de angoasa izolării existențiale, iar individul nevrotic o evită cu orice preț; spațiile goale sunt populate cu alte persoane; timpul singurătății este suprimat prin căutarea unei ocupații. (Detenția solitară a fost întotdeauna o pedeapsă foarte aspră.) Alții luptă împotriva izolării evadând din momentul prezent de solitudine: își aduc aminte de lucruri reconfortante (chiar dacă în momentul când acestea li s-au întâmplat nu au fost resimțite ca plăcute) sau se proiectează în viitor, imaginându-și roadele unor proiecte neduse la îndeplinire.

Recentul val de interes pentru meditație provine în parte din caracterul nou al acesteia, dar și dintr-un sentiment al controlului. E realmente rar ca un occidental să rămână doar cu el însuși și mai degrabă să aibă experiența timpului, în loc să-l risipească. Am fost învățați să facem mai multe lucruri deodată – fumăm, mestecăm, ascultăm, conducem, privim la televizor, citim. Prețuim dispozitivele care ne economisesc timpul și aplicăm parametrii prin care evaluăm aceste mașini nouă înșine. Ce altceva putem totuși face cu timpul câștigat în afară de a-l irosi cu diverse preocupări?

Când motivul principal pentru care interacționăm cu alții e ca să luptăm împotriva singurătății, îl transformăm pe celălalt într-un dispozitiv.

Nu de puține ori, doi indivizi ajung să servească în raport cu celălalt o anumită utilitate capitală și, ca o priză și un ștecher, se vor potrivi exact unul altuia. Relația lor poate avea un caracter funcțional atât de desăvârșit, că va rămâne stabilă; și totuși un astfel de aranjament nu are cum să nu împiedice dezvoltarea, deoarece fiecare partener e cunoscut și îl cunoaște pe celălalt doar parțial. O astfel de relație se aseamănă unei construcții „în A", în care unul dintre zidurile componente îl sprijină pe celălalt; scoaterea din joc a unuia dintre parteneri (sau fortifierea sa în cadrul psihoterapiei) conduce la căderea celuilalt.

Totuși, de obicei nu există o astfel de satisfacere reciprocă a nevoilor. Pe un anumit palier, individul realizează că e mai degrabă folosit decât, pur și simplu, antrenat într-o relație și caută un partener care să-i ofere mai multă împlinire. O pacientă de a mea în vârstă de treizeci și cinci de ani, care era obsedată de teama de singurătate, era bântuită de imaginea că „la șaizeci și trei de ani va sta la masă de una singură". Era mistuită de căutarea unei legături permanente. Deși era o femeie atrăgătoare și vie, bărbații, după ce o întâlneau, rupeau invariabil relația. Erau alungați, cred, atât de intensitatea și disperarea nevoii sale de dragoste, cât și deoarece pricepeau că ea avea puțină dragoste de oferit. Un indiciu important pentru înțelegerea dinamicii care o caracteriza putea fi găsit în celelalte relații interpersonale. Deoarece îi judeca sever pe ceilalți, îi concedia rapid și cu dispreț pe cei care nu îi puteau fi parteneri. Atunci când tratează un caz unde apar dificultăți grave în a pune bazele unei relații de durată, terapeutul va avea de câștigat răsplătit dacă va cerceta textura celorlalte relații ale pacientului, de o intensitate mai redusă. Problemele legate de dragoste nu sunt diferite de la o situație la alta. Dragostea nu e o anumită întâlnire, ci o atitudine. Cel mai adesea, problema nu stă în faptul că individul nu e iubit, ci că nu iubește.

Un exemplu extrem de grăitor pentru o relație construită ca să ferească individul de confruntarea cu izolarea poate fi găsit în cura lui Charles, pacientul bolnav de cancer care a fost introdus în grupul de terapie cu pacienți obișnuiți (vezi capitolul 5). Charles a demarat terapia deoarece dorea să-și îmbunătățească relațiile cu semenii. Fusese întotdeauna o persoană retrasă și rece, instalându-se confortabil în această modalitate distantă de a se raporta la ceilalți. Apariția cancerului său și prognoza de supraviețuire de doi ani i-au indus un intens sentiment de izolare și i-au facili-

 tat eforturile de a se apropia de ceilalţi. Incidentul semnificativ pe care-l voi descrie a avut loc în momentul în care un membru, Dave, ne-a informat că, datorită cursurilor pe care serviciul i le impunea să le frecventeze, va trebui să plece din oraş şi să părăsească grupul timp de câteva luni. Dave era extrem de supărat de plecare, la fel cum au fost şi restul membrilor, cu excepţia lui Charles. Membrii grupului i-au împărtăşit lui Dave sentimentele lor de supărare, mânie şi dezamăgire. Citez din rezumatul şedinţei (pe care îl trimiteam fiecărui membru după fiecare întâlnire).[56]

> *Charles a trebuit să ia din ce în ce mai mult cuvântul, deoarece am subliniat că îi răspundea lui Dave doar sugerându-i soluții și l-am întrebat care îi erau sentimentele față de plecarea lui Dave. Aceasta a generat un episod realmente remarcabil. De ceva vreme, Charles nega că i-ar fi păsat în vreun fel de plecarea lui Dave. Am încercat zadarnic să stoarcem măcar o emoție din el. L-am întrebat dacă el dorea sau nu să i se ducă dorul în cazul în care ar fi să plece. Nici cu asta nu am avut succes. I-am atras atenția că, la un moment dat, spusese că simțise o durere în piept când unii oameni au părăsit grupul,* dar *a minimalizat problema, declarând că a fost un incident izolat. Am insistat, spunând că și o dată era suficient, dar a zâmbit și s-a făcut că nu mă aude. După o vreme, Charles a spus grupului, ca într-o doară, că, după ce a fost examinat medical, a aflat că starea sa de sănătate e mai bună decât se aștepta. Mai apoi, ne-a înștiințat că examenul medical fusese chiar în ziua ședinței. Dave l-a întrebat de ce nu spusese asta până atunci. Scuza lui Charles a fost că dorise să aștepte să vină Lena (Lena întârziase). I-am zis că nu văd un motiv pentru care nu putuse să ne dea vestea, iar mai apoi să o comunice și Lenei. În acest moment, Charles a spus ceva remarcabil.* Acum, când a aflat că o duce mai bine cu cancerul său, simţea că nu mai vrea să se întâlnească cu nimeni şi că ar vrea să se retragă.

Fuziunea

„Conflictul universal" al fiinţei umane provine din faptul că ne străduim să devenim oameni independenţi, însă a fi un individ autonom înseamnă a îndura o izolare înfricoşătoare. Cea mai frecventă modalitate de a rezolva acest conflict constă în negare: individul elaborează iluzia unei fuziuni şi proclamă că, de fapt, „nu sunt singur, ci o parte a altora". Prin

aceasta, granițele eului devin difuze, el devenind parte a unui alt individ sau a unui grup care transcende individul.

Indivizii care se orientează în principal spre fuziune sunt calificați de regulă drept „dependenți". Cum spune Arieti, ei trăiesc pentru „un altul dominant"[57] (și sunt predispuși la suferințe extraordinare în cazul despărțirii de această figură dominantă). Ei își pun între paranteze propriile nevoi; caută să afle care sunt dorințele celuilalt și le adoptă ca pe propriile dorințe. Însă mai presus de toate, ei încearcă să evite să-l ofenseze pe celălalt. Aleg siguranța și fuziunea în locul individuării. Descrierea pe care o oferă Kaiser acestora e una extrem de limpede.

> *Comportamentul lor pare a sugera: „Nu mă luați în serios. Nu aparțin categoriei adulților și nu pot fi considerat astfel". Au o fire ludică,* dar *nu cea a cuiva căruia îi place să se joace, ci a unuia care nu vrea (sau nu îndrăznește?) să pară serios și ancorat în realitate. Evenimentele amenințătoare și chiar tragice sunt menționate în glumă sau de o manieră expeditivă, nonșalantă, ca și cum nu ar merita să îți pierzi vremea cu ele. De asemenea, poate fi constatată o dispoziție de a vorbi despre propriile defecte, pe care au înclinația să le exagereze. Izbânzile și succesele sunt puse într-o lumină ridicolă,* iar *relatarea lor este urmată de o listă compensatorie de eșecuri. Discursul lor poate părea fragmentat de treceri rapide de la un subiect la altul. Luându-și libertăți neobișnuite, cum ar fi să întrebe lucruri naive sau să vorbească precum copiii, ei semnalează că doresc să fie puși în categoria „non-adulților" și că nu trebuie considerați oameni maturi.*[58]

Kaiser descrie comportamentul clinic al unei paciente care manifesta o înclinație marcată de a fuziona cu o figură mai puternică:

> *Timp de opt luni, G tratase un bărbat de aproape patruzeci de ani care părea gata să facă orice i se cerea. De câte ori G dorea să schimbe data sau ora întâlnirii, răspunsul pacientului era invariabil: „Desigur, doctore, desigur!" Era tot timpul punctual, dar nu părea să-i pese dacă G întârzia. Când, în timpul unei ore, soarele a început să bată în ochii pacientului, acesta nu a îndrăznit să tragă perdelele și să coboare jaluzelele. A stat fără să scoată un cuvânt, clipind chinuit și sucindu-și gâtul până când G a remarcat. După aceea, pacientul, ca și cum ar fi răspuns la întrebarea lui G dacă să coboare jaluzelele, a spus: „De-*

sigur, doctore, desigur!" și a sărit din scaun pentru a dezlega șnurul. „Așa Doctore? Nu e prea întuneric acum?"[59]

Fuziunea ca răspuns la izolarea existențială oferă un construct grație căruia pot fi înțelese multe sindroame. Să luăm, de pildă, travestirea. De obicei, bărbații care se travestesc sunt considerați a fi motivați de angoasa de castrare. Masculinitatea implică o astfel de amenințare, provenită din competiția pentru femei, așa că bărbatul se retrage din luptă îmbarcându-se ca femeie, moment în care angoasa de castrare, domolită de castrarea autoimpusă, permite satisfacții genitale de natură sexuală. Totuși, cazul lui Rob, despre care am mai vorbit în capitolulul 4, exemplifică modul cum „fuziunea" poate deveni în asemenea cazuri o dinamică organizatoare centrală. Rob se travestea de la treisprezece ani, mai întâi, folosind hainele surorii sale, iar mai apoi, pe cele ale mamei. Prea speriat de bărbați pentru a avea relații cu ei și prea temător de respingere pentru a aborda femeile, Rob fusese întotdeauna foarte izolat. Fantasmele care acompaniau travestirea erau întotdeauna nesexuale, constituind variații pe tema fuziunii: se imagina pur și simplu mergând la întâlnirea unui grup de femei, care-l primeau cu bucurie și îl considerau una dintre ele. Stilul său de a relaționa cu ceilalți în cadrul terapiei reflecta dorința sa de a fuziona – era docil, servil, solicitând atenție din partea membrilor, dar mai ales din partea terapeutului, pe care îl ridica în slăvi. Pe durata terapiei, Rob a aflat care îi sunt posibilitățile de relaționare. El și-a dat seama pe deplin, cred că pentru prima dată, de cât de izolat era. „Nu sunt aici și nici acolo, nici bărbat, nici femeie, izolat de toată lumea", a declarat el într-o ședință. Pentru o vreme, angoasa sa (și frecvența cu care se travestea) au crescut clar. Treptat, pe măsură ce-și dezvolta aptitudinile sociale și relaționa realmente cu membrii grupului, iar mai apoi cu indivizii din mediul său cotidian, au dispărut dorințele de a se travesti.

Există desigur o suprapunere importantă între conceptul de evadare din izolarea existențială prin fuziune și cel de sustragere din fața angoasei de moarte prin încredințarea de sine în mâinile unui salvator suprem. Nu doar cazul lui Rob, ci și multe din exemplele clinice de apărare prin intermediul unui salvator suprem din capitolul 4 pun în scenă o fuziune. Ambele concepte descriu o modalitate de a evada din fața angoasei prin sustragerea de la individuare; în ambele cazuri, individul caută alinare în

afara sa. Diferența stă în motivație (angoasa de moarte, respectiv cea a izolării) și în scopul ultim (dizolvarea granițelor eului și fuziunea, respectiv căutarea unui protector puternic). Desigur, distincția e doar teoretică: de obicei, motivațiile și strategiile defensive coexistă în unul și același individ.

Fuziunea elimină izolarea de o manieră radicală – eliminând conștiința de sine. Momentele de fuziune extatică sunt nereflexive: sentimentul propriului sine este pierdut. Individul nu poate spune nici măcar: „Eu am pierdut contactul cu propriul sine", deoarece în fuziune nu mai există un „eu" care să o spună. Minunăția dragostei romantice este că acel „eu" singuratic și reflexiv dispare în „noi". După cum comentează Kent Bach, „dragostea este răspunsul care survine acolo unde nu există nicio întrebare".[60] Pierderea conștiinței de sine este uneori reconfortantă. Kierkegaard spunea: „Gradul conștiinței în mișcarea sa crescătoare, sau în proporția în care crește, corespunde gradului disperării care se ridică la putere în mod continuu: cu cât mai multă conștiință, cu atât mai multă disperare".[61]

Individul poate scăpa de sentimentul izolării personale nu doar prin fuziunea cu un alt individ, ci și cu un „lucru" – fie el grup, cauză, țară sau proiect. Există ceva extrem de captivant în fuziunea cu un grup mai mare. Kaiser a priceput acest lucru în timpul unui spectacol de patinaj artistic, în care cei doi sportivi, îmbrăcați identic, interpretau un număr perfect sincronizați. După aplauze, aceștia și-au ajustat indiferent și nonșalant cravatele și au privit simultan la ceasuri. Sincronizarea lor de după aplauze a entuziasmat publicul încă și mai mult, ca și pe Kaiser, care a reflectat la bucuriile ștergerii granițelor eului:

> *Uniformitatea mișcării și sincronizarea, în cazul în care se apropie de perfecțiune, atrag, entuziasmează și fascinează publicul, indiferent dacă mișcările interpretate doar de un singur individ ar fi fost plăcute sau nu.*
>
> *Un soldat bine antrenat care bate pasul de unul singur, se întoarce sau se oprește așa cum îi cere exercițiul poate fi plăcut în ochii ofițerului care îl instruiește; în ochii oricărui străin el pare ridicol. Însă nici măcar un antimilitarist fervent nu se poate să nu fie captivat de spectacolul în care un batalion întreg trece bătând pasul, împărțind coloana în grupuri mai mici, cu toate executând întoarcerea exact în același moment, mai apoi întorcând-se iarăși și formând o linie lungă și dreaptă pe care o mențin nedivizată, mărșăluind și pivotând pentru ca, la un semnal scurt,*

să înghețe în loc, așa încât toate brațele și picioarele, căștile, gamelele și puștile să rămână în aceeași poziție și nicio baionetă să nu devieze în raport cu celelalte. Iar ceea ce-l captivează nu e câtuși de puțin frumusețea unghiurilor drepte, ci imaginea... sau mai degrabă ideea unei mulțimi care acționează ca însuflețită de o singură *minte.*[62]

A fi ca toți ceilalți – în îmbrăcăminte, vorbire, obiceiuri; a nu avea gânduri sau sentimente diferite – salvează de la izolarea de sine. Desigur, nu mai există un „eu", dar nu mai există nici teama de singurătate. Inamicii conformismului sunt desigur libertatea și conștientizarea de sine. Soluția pentru izolare care recurge la fuziune-conformism este subminată de întrebările „Ce vreau *eu*?", „Ce simt *eu*?", „Care e scopul *meu* în viață?" și „Ce anume din *mine* exprim și înfăptuiesc?"

În această luptă străveche între exprimarea de sine și siguranța oferită de fuziune, de obicei, sinele este compromis ca urmare a evitării izolării. Atracția grupului e realmente una puternică. Tragedia de la Jonestown, pentru a lua un exemplu dintre multe altele posibile, demonstrează puterea grupului. Identificarea cu grupul a oferit membrilor sectei sinucigașe un refugiu în fața temerii de existența izolată – un bun atât de valoros, că au fost dispuși să sacrifice orice pentru el: bunurile lumești, familia, prietenii, țara și chiar viețile, la o adică.

Misticismul, care implică momente de înălțătoare și minunată uniune cu universul, e și el un exemplu de pierdere a eului. Fuziunea cu un alt individ, cu un grup sau o cauză, cu natura sau universul implică întotdeauna pierderea de sine: e un pact cu Diavolul care conduce la vinovăție existențială – acea durere vinovată care deplânge viața netrăită din noi.

Sadismul. Individul care urmărește fuziunea și care este dependent, servil, care se sacrifică și îndură durerea și care, de fapt, se bucură de durere pentru că ea risipește singurătatea, individul care, pe scurt, este tot ce vrea celălalt în schimbul siguranței fuziunii, posedă un pandant curios. Persoana care dorește să-i domine pe alții, să-i umilească, să le provoace durere pare extrem de diferită de cea care caută fuziunea pentru că e dependentă de ea. Și totuși, după cum subliniază Fromm, „ambele tendințe sunt rezultate ale unei singure nevoi fundamentale, izvorând din incapacitatea de a suporta izolarea și slăbiciunea propriului eu. (...) Sadicul are nevoie de obiectul său tot atât de mult ca și masochistul".[63] Diferența în-

tre masochist și sadic e cea între cel care fuzionează și cel cu care se fuzionează. Unul caută siguranța prin înglobarea sa de către celălalt; celălalt prin înglobarea altuia. În ambele cazuri, izolarea existențială este diminuată – fie prin eliminarea separării și a izolării, fie prin expansiunea propriei persoane și incorporarea altora. Este motivul pentru care unul și același individ oscilează adesea între masochism și sadism: sunt soluții diferite la una și aceeași problemă.

Sex și izolare

Freud a introdus conceptul de „simbol" în organizarea psihică. În capitolul 5 din *Interpretarea viselor,* el descrie varii simboluri care reprezintă o temă sexuală – fie organele sexuale, fie un act sexual.[64] Ideea unui lucru care „stă pentru" un altul poate fi împinsă prea departe, atrage Freud atenția: un trabuc nu e întotdeauna un simbol pentru penis; „Uneori un trabuc e doar un trabuc." Însă Freud nu merge suficient de departe în avertismentele sale. E posibil și ca sexul să fie un simbol pentru altceva. Dacă grijile cele mai profunde ale ființelor umane sunt de natură existențială, legate de moarte, izolare și lipsa de sens, atunci este cât se poate de posibil ca astfel de temeri să fie deplasate și simbolizate de preocupări derivate, precum cele de natură sexuală.

Sexul poate fi pus în slujba refulării angoasei de moarte. Am lucrat cu pacienți cu cancer metastatic care păreau obsedați de preocupări sexuale. M-am întâlnit cu cupluri de soți, în care unul dintre soți avea cancer terminal, dar nu vorbea aproape decât de nepotrivirea lor sexuală. Uneori, în focul discuției, în timpul acuzelor și contraatacurilor, uitam cu totul că pe una dintre aceste ființe o păștea o moarte iminentă. Atât de mult succes poate avea strategia defensivă! În capitolul 5, am descris o tânără care avea un cancer cervical avansat și care găsea că maladia sa nu numai că nu descuraja pretendenții masculini, dar, dimpotrivă, părea să le sporească numărul și apetitul sexual. Ellen Greenspan consemnează investigații empirice care demonstrează că femeile cu un cancer grav de sân au o frecvență mai mare a fantasmelor sexuale ilicite în raport cu cele dintr-un grup format din femei de aceeași vârstă sănătoase.[65]

E ceva spectaculos de magic în atracția sexuală. Aceasta reprezintă un bastion important în lupta împotriva conștientizării și a angoasei libertății,

 deoarece, în mrejele sexului, uităm că noi constituim lumea. Suntem în schimb „capturați" de o puternică forță externă. Mânați, vrăjiți, „ni se sucesc mințile". Putem să ne opunem atracției, să amânăm sau să-i cedăm, însă nu avem deloc senzația că „ne alegem" sau „ne creăm" sexualitatea: pare a fi în afara noastră; ca și cum ar fi o forță autonomă, aparent „supraomenească". Unii indivizi cu o sexualitate compulsivă relatează că, pe măsură ce situația lor se ameliorează, se trezesc afectați de un sentiment sumbru al propriei vieți. Lumea e redusă la dimensiunea sa cotidiană, iar ei se întreabă dacă nu cumva asta e tot.

Sexualitatea compulsivă e și ea o reacție frecventă în fața sentimentului izolării. „Împreunarea" sexuală promiscuă oferă un refugiu bun, dar temporar, individului singuratic. Este temporar deoarece nu înseamnă o relaționare reală, ci doar caricatura unei relaționări. Sexul compulsiv încalcă toate regulile grijii autentice. Celălalt este folosit ca o unealtă. Individul utilizează și se raportează doar la anumite aspecte ale celuilalt. Acest gen de raportare înseamnă construirea unei relații cu finalitate sexuală, și cu cât mai repede, cu atât mai bine. În situația contrară, sexul este o manifestare, un facilitator, al unei relații mai profunde. Individul cu o sexualitate compulsivă constituie exemplul *par excellence* al cuiva care nu relaționează cu întreaga ființă a celuilalt. Dimpotrivă, el se raportează doar la partea care îi slujește nevoile. Limbajul nostru reflectă această atitudine: vorbim despre „o bucată", „o partidă bună", „un armăsar". Limbajul fără perdea al sexului („a fute", „a i-o trage", „a regula") denotă înșelătorie, agresiune, manipulare și, în general, orice altceva decât grijă și relaționare.

Mai presus de toate însă, indivizii compulsivi nu își cunosc partenerii. De fapt, este adesea în avantajul lor să nu-l cunoască pe celălalt și să păstreze ascunsă cea mai mare parte din ei înșiși; prin urmare, ei arată și văd doar acele părți care facilitează seducția și actul sexual. Una dintre trăsăturile distinctive ale sexualității deviante este că individul nu se raportează la întreaga persoană, ci doar la o parte a sa. De pildă, fetișistul se raportează nu la femeie (toate cazurile publicate de fetișiști sunt cazuri ale unor bărbați), ci doar la o parte sau un obiect al femeii, cum ar fi un pantof, o batistă sau o piesă de lenjerie. Un observator al relațiilor omenești a mers până într-acolo încât a spus că, „dacă facem dragoste cu o femeie fără să ne raportăm la spiritul său, suntem fetișiști, chiar dacă în timpul contactului fizic folosim orificiul trupesc potrivit".[66]

Va trebui deci ca psihoterapeutul dibace să deplângă orice interacțiune sexuală care nu atinge idealul unei întâlniri interpersonale bazate pe grijă? Nu mai există niciun loc pentru sex, ca joc fără implicații al unor adulți? Aceste chestiuni sunt în bună măsură etice și morale, iar terapeutul va trebui să evite să dea aici verdicte ce ies din sfera sa de competență. Însă terapeutul are un cuvânt autorizat de spus în cazul celor care se raportează la alții doar de o manieră parțială și funcțională. O parte esențială a definiției devianței sexuale e că, în cazul ei, comportamentul este fix și exclusiv. Altfel spus, un deviant poate relaționa în plan sexual doar în maniera deviantă ce îi e dată. Un astfel de comportament sexual rigid și exclusiv nu numai că indică o patologie mai profundă, dar nu poate conduce decât la un sentiment de dispreț față de propria persoană și de vinovăție existențială. Kierkegaard a portretizat extrem de bine o astfel de situație în *Jurnalul Seducătorului*, unde protagonistul se dedică în întregime seducerii și abuzării unei tinere.[67] Deși planurile sale sunt încununate de succes, el plătește un preț scump pentru prada sa: viața îi devine goală, iar spiritul îi e sărăcit.

De aceea, un individ cu o sexualitate compulsivă nici nu îl cunoaște și nici nu îl angrenează în relație pe celălalt. El nu e niciodată preocupat de dezvoltarea partenerului. Nu doar că nu îl are pe celălalt în vedere niciodată în adevăratul sens al cuvântului, dar, în plus, nu uită niciodată de sine în cadrul relației. Nu există niciodată un „între", ci se satisface pe sine permanent. Buber a numit o astfel de orientare „reflexie" și a deplâns relațiile sexuale în care partenerii nu se angrenează într-un dialog autentic, trăind într-o lume a monologului, a oglinzilor și a oglindirii.

> *Am rătăcit mulți ani pe tărâmul oamenilor și nu am reușit încă să studiez toată varietățile „omului erotic". Aici, se plimbă un îndrăgostit care iubește doar propria pasiune. Acolo, cineva își etalează sentimentele diferențiate ca pe niște panglici ale unor decorații. În altă parte, unul își savurează aventurile propriului efect de fascinație. Mai încolo, un altul privește în extaz la spectacolul presupusei sale capitulări. Altundeva, unul adună bucurie după bucurie. Mai încolo, un altul își demonstrează „puterea". Aici, unul se întărește cu o vitalitate de împrumut. Acolo cineva e încântat să existe atât ca sine însuși, cât și ca un idol care nu-i seamănă. Altul se încălzește la flacăra a ceea ce i-a fost hărăzit. În altă parte cineva experimentează. Și așa mai departe – toată mulțimea pestriță a monologiștilor cu oglinzile lor, în camera celui mai intim dialog!*[68]

Individul se îndrăgostește deci de propria pasiune, colecționează bucurii și trofee, se încălzește „la flacăra a ceea ce i-a fost hărăzit", însă nu relaționează autentic cu celălalt.

Multe din aceste teme sunt ilustrate de visurile lui Bruce, un pacient cu o sexualitate compulsivă, despre care am vorbit în capitolele 5 și 6. Către sfârșitul terapiei, pe măsură ce renunța la modul de relaționare bazat pe sexualitate, Bruce a început să își canalizeze atenția către probleme, precum „Dacă nu încerc să mă culc cu femeile, ce să fac cu ele?", „Cu bărbații cum procedez?", „La urma urmei, oamenii la ce sunt buni?" Ultima întrebare, „La urma urmei, oamenii la ce sunt buni?", apare într-o formă sau alta la toți pacienții care încep să-și schimbe modul de relaționare de la Eu-Acela, la Eu-Tu. Această fază din tratamentul lui Bruce a fost vestită de visele sale.

> *Eram întins în pat cu fiul meu în vârstă de paisprezece ani. Eram îmbrăcați, cu toate hainele pe noi, însă eu încercam să fac sex cu el,* dar *nu puteam să-i găsesc vaginul. M-am trezit trist și frustrat.*

Visul conturează dilema lui Bruce cu privire la relaționare. Visul pare a spune: „Există vreun mod, altul decât cel genital, în care te poți raporta la cineva, chiar la cineva la care ții foarte mult?"

Al doilea:

> *Jucam tenis cu o femeie, dar orice minge pe care o loveam se întorcea mai degrabă către mine, decât să se ducă spre ea. Era ca și cum, în locul fileului, ar fi fost un perete invizibil de sticlă care ne-ar fi despărțit.*

Imaginea e clară: Bruce își lua doar aparent un partener în partida de tenis, el raportându-se doar la propria persoană. Cealaltă persoană era în afara jocului și, în plus, deși încerca să ajungă la ea, nu putea.

Al treilea:

> *Doream să mă apropii de Paul [o cunoștință], dar am continuat să mă laud cu câți bani aveam, așa că el s-a înfuriat. Am încercat să îmi apropii obrazul de al său, dar bărbile noastre erau atât de aspre, că ne-am înțepat unul pe celălalt.*

Bruce avea tovarăşi în activităţile sale – amici de baschet, de tenis sau bowling –, dar nu avusese niciodată un prieten apropiat. Era oarecum conştient de dorinţa sa de a avea un prieten apropiat, dar, după cum o arată visul, nu putea relaţiona cu bărbaţii decât de o manieră competitivă.

Alte forme de relaţii eşuate

Încercăm să scăpăm de durerea izolării existenţiale într-o varietate de moduri: estompăm graniţele eului şi încercăm să fuzionăm cu celălalt; încercăm să-l încorporăm pe celălalt; luăm de la celălalt ceva care ne face mai mari, mai puternici sau mai apreciaţi. Tema interpersonală frecventă a unor astfel de încercări, ca şi a altora, pe care le voi discuta în continuare, e că individul nu este împreună cu cealaltă persoană. Individul o utilizează în schimb ca pe un instrument care îndeplineşte o funcţie, ceea ce interzice o relaţie care să-i îmbogăţească pe ambii; în locul ei se instalează un soi de alianţă de rău augur, un rateu relaţional care poate doar să împiedice dezvoltarea şi să genereze vinovăţie existenţială. Varietatea modurilor de relaţionare inautentice scapă oricărei scheme clasificatorii exhaustive, aşa că voi descrie doar câteva tipuri întâlnite frecvent în activitatea clinică.

Celălalt ca mijloc spre o existenţă „elevată". Barry era un inginer în vârstă de treizeci şi cinci de ani care suferea de „sindromul inginerului": era rigid, rece şi izolat. Nu arăta nicio emoţie şi, în general, îşi dădea seama de emoţii doar după ce remarca un anumit indiciu fiziologic (un gol în stomac, lacrimi, pumnii strânşi şi aşa mai departe). Scopul său principal în terapie era să „ia contact" cu propriile sentimente şi să devină capabil să stabilească o relaţie afectuoasă cu o altă persoană. Deoarece era un bărbat frumos, nu avea probleme să atragă atenţia femeilor, însă era incapabil să ducă relaţia mai departe. Fie găsea femeia neatrăgătoare şi o respingea, fie o găsea atrăgătoare şi devenea prea doritor să fie cu ea.

Într-un final, după luni de terapie dificilă, Barry a început să se întâlnească şi mai apoi să trăiască împreună cu Jamelia, o tânără pe care o găsea foarte atrăgătoare. A devenit imediat evident că investea puţin în relaţie. A pus în discuţie în cadrul curei obiceiul său de a se culca foarte devreme. Se întreba (iar acest gen de izolare faţă de propriile sentimente era cât se poate de tipic) dacă asta nu înseamnă cumva că se plictisise deja de Jamelia sau dacă se simţea atât de confortabil cu ea, că începuse să se

 relaxeze. „Cum poți să-ți dai seama?", l-am întrebat. „Ce se întâmplă când te întrebi dacă o iubești pe Jamelia?" Barry a subliniat aici cu o convingere neobișnuită pentru el, că îi pasă realmente de Jamelia.

Totuși, el a decis că era mai bine să fie reținut, pentru a nu-i da speranțe prea mari. A explicat că lucrurile nu ar fi evoluat într-o relație pe termen lung, deoarece Jamelia nu se situa la înălțimea pretențiilor sale. Principalul motiv era că abilitățile sale sociale nu erau încă suficient de dezvoltate: nu era suficient de articulată; era prea inhibată și prea introvertită. Știa că nici el nu vorbește foarte bine și voia să ia de soție o femeie mai pricepută cu cuvintele: întrucât el învăța bine prin imitație, spera să se perfecționeze ca urmare a contactului cu o astfel de femeie. De asemenea, el aștepta de la femeie să îi ofere o viață socială din care să fie eliminate anumite obstacole. În plus, era îngrijorat că, dacă ar fi petrecut mult timp împreună, ar putea deveni mult prea îndrăgostiți, iar el și-ar fi îndreptat toată atenția către ea, deturnând-o de la ceilalți.

Declarațiile lui Barry ilustrează o bună parte din cele mai comune probleme care împiedică dezvoltarea unei relații autentice și afectuoase. Cea mai importantă constă în faptul că rațiunea de a fi a modului de relaționare stătea în cazul lui Barry în satisfacerea unui scop. Barry a pornit de pe o poziție de nevoie extremă și a căutat pe cineva care să-l slujească. Simțea nevoia unei existențe „elevate" și căuta un „partener" care va fi un astfel de mijloc: profesor, terapeut și furnizor de viață socială.

Barry vorbea adesea cu disperare despre căutarea sa ratată a unei relații. Am simțit că termenul „căutare" furniza cheia pentru înțelegerea problemei sale. La urma urmei, nimeni nu *găsește* o relație, ci o *formează*. Barry s-a apropiat de Jamelia de o manieră mai degrabă anorganică decât organică. Nu doar că o considerase ca pe un obiect, ca pe un instrument care să-i ofere un anumit rezultat, dar considera și relația de o manieră statică și anorganică – o entitate care era „dincolo de el", complet formată de la bun început – în loc să o vadă ca pe un proces în dezvoltare.

Un alt pacient a dat glas aceleiași teme spunând că, pe măsură ce se apropia de o persoană, aceasta îi părea mai puțin atrăgătoare, atât din punct de vedere emoțional, cât și fizic. Când se apropia fizic de o femeie, îi putea vedea micile imperfecțiuni ale pielii, varicele sau pungile de sub ochi. Pe măsură ce ajungea să o cunoască bine, devenea tot mai plic-

tisit de stocul mereu mai limitat de anecdote și povești. Într-o astfel de abordare anorganică a relației, individul îl vede pe celălalt ca pe un obiect cu proprietăți fixe și resurse epuizabile. Ceea ce nu e luat în considerare este că, după cum ne amintește Buber, într-o relație autentică există reciprocitate: nu există un eu imuabil care-l observă (și-l măsoară) pe celălalt; Eul este modificat în întâlnire, iar celălalt, Tu, e și el schimbat. Barry privea dragostea ca pe un bun care se consuma: cu cât oferea mai mult din el unei persoane, cu atât mai puțin avea la dispoziție pentru alții. Însă, după cum ne-a învățat Fromm, această abordare comercială a iubirii nu are sens: interacțiunea cu ceilalți nu sărăcește, ci îmbogățește.

Barry avusese întotdeauna o angoasă intensă când se ivea posibilitatea să se apropie de o femeie despre care credea că e la înălțimea standardelor sale. Adesea, medita timp de ore la abordarea potrivită. Începea să telefoneze unei femei, numai că, la jumătatea numărului, cu mâna pe receptor, era invadat de angoasă și închidea. Alți terapeuți au încercat fără succes să îi să-i diminueze angoasa pe calea unor abordări comportamentale. Nu s-a înregistrat niciun progres când problema a fost abordată din punctul de vedere evident – cel că Barry se temea să intre în competiție cu alți bărbați și îi era frică de respingerea femeilor care îl atrăgeau. Totuși, un progres considerabil s-a înregistrat când am explorat modurile în care Barry îi folosea sau dorea să îi folosească pe alții. La un nivel profund, Barry știa că nu îi întâlnea pe ceilalți, ci îi viola: nu o voia pe ea, ci voia ceva de la ea. Angoasa sa era vinovată deoarece anticipa ofensa adusă altuia și teama că motivele îi vor fi descoperite de celălalt.

Câți oameni sunt în încăpere? Într-o relație matură, bazată pe grijă, individul relaționează din întreaga sa ființă cu celălalt. În măsura în care el reține o parte din sine pentru a observa relația sau impactul pe care îl are asupra celuilalt, individul eșuează în a relaționa. Buber descrie situația care se dezvoltă când încearcă să se relaționeze doi indivizi care își păstrează o conștiință de sine deplină.

> *Să ne imaginăm doi oameni ale căror vieți sunt dominate de dorința de a „da bine" și care stau unul lângă altul și vorbesc. Să-i numim Peter și Paul. Să enumerăm diferitele configurații implicate. Înainte de toate, există Peter așa cum do-*

> *rește să îi pară lui Paul, și Paul așa cum dorește să îi pară lui Peter. De asemenea, există Peter așa cum îi pare efectiv lui Paul, adică imaginea lui Peter în ochii lui Paul, și care în general nu coincide câtuși de puțin cu ce dorește Peter să vadă Paul; și mai există și situația reciprocă. Mai e și modul în care Peter se vede pe sine, și cum Paul se vede pe sine. În fine, există un Paul trupesc și un Peter trupesc. Avem de a face cu cele două ființe vii și șase spectre, care se amestecă în multe moduri în conversația celor doi. Unde mai rămâne loc și pentru o viață interumană autentică?*[69]

Individul poate să eșueze în relaționare prin aceea că se raportează în parte la celălalt, și în parte la o persoană închipuită. Când evaluez natura relațiilor cu un pacient, găsesc util să mă întreb „Câți oameni sunt în încăpere?" Nu sunt prin preajmă, de pildă, și eu, cel care se gândește nu doar la pacient, ci și la cât de inteligent voi părea când voi prezenta cazul său la o conferință sau la interesantul „material clinic" pe care îl pot folosi pentru a comunica mai bine cu cititorii? Pun aceleași întrebări pacientului. Pacientul relaționează oare cu mine sau cu vreo figură fantomatică din trecut?

Pe măsură ce pacientul îmi descrie relațiile sale importante, mă întreb „Câți oameni sunt în acea relație? Sunt doar doi? Sau trei? Sau un întreg amfiteatru plin cu oameni?".

Camus era un maestru atunci când, în romanele sale, descria personajele ce nu pot iubi, dar se prefac în varii scopuri că iubesc. În primul său roman, *Moartea fericită* (publicat postum), protagonistul spune:

> *Și-a dat seama că vanitatea, și nu dragostea îl ținea legat de Marthe... Ce iubea la Marthe erau acele seri în care ei intrau în câte un cinematograf, iar ochii bărbaților o urmăreau, momentul în care ea se oferea lumii. Ce iubea la ea era propria putere și ambiție de a trăi.*[70]

„Momentul în care ea se oferea lumii." E expresia care capturează exact situația. Nu au existat niciodată doar doi oameni în acea relație. El se raporta nu la Marthe, ci la alții prin intermediul lui Marthe.

La fel, Ken, un pacient de al meu care avea probleme grave în a se relaționa cu femeile de o manieră autentică, visa abundent, dar niciodată nu avea vise cu doar doi oameni în ele. Unul dintre multiplele

visuri, care a intervenit pe la mijlocul travaliului nostru, a fost următorul:

Eram cu o femeie, în vechiul meu dormitor din San Francisco, la 2:30 dimineața. Fratele și tatăl meu priveau prin fereastră. Nu eram prea interesat de femeie și nici să fac dragoste. Mi-am lăsat tatăl și fratele să aștepte o oră, după care, pe la 3:30, i-am chemat înăuntru.

Asocieri importante ale acestui vis au inclus încercări ale sale de a identifica femeia din vis. A realizat că era destul de neinteresat de ea. Semăna cu o tânără majoretă pe care o văzuse în acea zi la un meci de fotbal – tipul de fată pe care nu îndrăznise niciodată să-l abordeze cât fusese în facultate. Ea mai semăna cu o fată, Christine, cu care avusese o relație în liceu. Și el, și un prieten al său se întâlniseră cu aceeași fată timp de mai multe luni – o situație pe care o găsea și inconfortabilă, dar și stimulantă. Într-un final, el s-a aliat cu prietenul său pentru a o forța pe Christine să aleagă doar pe unul dintre ei ca prieten. Spre marea sa satisfacție, Christine l-a ales pe Ken. Totuși, doar în câteva săptămâni, idila s-a stins, iar Ken și-a pierdut interesul pentru Christine (nu fusese niciodată interesat în primul rând de *ea;* era interesat doar în rolul jucat în competiția cu prietenul său) și a pus capăt relației.

Ken și-a considerat întotdeauna tatăl și fratele drept competitori – mai întâi în fața mamei, iar mai apoi în raport cu alte femei. În vis, faptul că era cu o femeie și își ținea o oră fratele și tatăl să rabde afară (până la 3:30, care se întâmpla să fie ora noastră regulată de terapie) era o modalitatea de a triumfa asupra lor prin intermediul unei femei. Ken nu putea să fie „împreună" nici cu bărbații. La mine, la fratele și tatăl său, ca și la toți prietenii săi bărbați se raporta de o manieră extrem de competitivă; când era, de pildă, cu mine, era așa de convins că voiam să-l subjug, că timp de luni nu a produs niciun material important crezând că astfel nu-mi va da niciun „avantaj" în fața sa. Prietenii săi bărbați erau talentați, dar nu ațâțau concurența deoarece talentul lor se găsea într-un domeniu extrem de diferit (muzică, artă sau sport).

În noaptea care a urmat analizei acestui vis, Ken a avut o serie de visuri scurte, fiecare de natură să arunce lumină asupra a câte unui aspect al muncii care urma să fie depusă în materie de relaționare. În primul vis

 se făcea că merge la o cabană de schi, unde își întâlnește prietenii săi masculini, care îl întâmpină cu căldură; mai apoi, se vede alături de ei într-o cameră unde așteaptă împreună să își dea examenele finale în domeniul imobiliar (era agent imobiliar). După o așteptare îndelungată, examenele sunt trecute, dar imediat instructorul (terapeutul) anunță că examenul a fost anulat: veniseră în locul greșit și la ora greșită. Visul sublinia amalgamul de prietenie și competiție din cazul lui Ken; munca rămasă în cadrul terapiei va implica separarea celor două.

În al doilea fragment oniric, Ken se visa într-un jumbo jet (ca multe alte persoane care visează, figura terapia prin intermediul unei călătorii cu un vehicul). Se plimba pe culoarul avionului, când a fost uluit să descopere mai multe compartimente ascunse pline cu oameni. Deși le vedea pentru prima dată, știa că oamenii au fost tot timpul acolo. Visul îi indica evident o altă sarcină crucială în terapie: descoperirea celorlalți din universul său.

Ultimul vis era doar un fragment și numai un fragment: doar o imagine a unui tucan (în engleză: *„toucan"*) mare. Ken nu a produs nicio asociație în legătură cu pasărea, dar asocierea mea a fost cu „doi pot" (în engleză: *„two can"*) – o reprezentare a muncii în tandem care se întindea în fața lui Ken.

Această relaționare de „rea-credință" cu alții este atât de frecventă, că exemplele abundă în viața și în terapia de toate zilele. De exemplu, femeia care își ia intenționat un prieten nou la o reuniune unde știe că fostul prieten va fi prezent e clară că nu e „cu" noul său prieten. Karl, un alt pacient, tocmai ce-și găsise o nouă prietenă, când a primit un telefon supărat și vindicativ de la fosta prietenă. A ținut ironic telefonul departe de ureche, către noua prietenă, astfel încât să audă și ea. Fiecare relație a individului reflectă felul în care obișnuiește să-i privească pe ceilalți: e rar, cred, ca un om să fie capabil să se raporteze cu rea-credință la anumiți indivizi și de o manieră autentică, plină de grijă, la alți câțiva. Noua prietenă a lui Karl era profund tulburată de tratamentul aplicat prietenei anterioare. Ea a ajuns să bănuie (întemeiat) că episodul cu telefonul era o prevestire de rău augur a viitorului relației cu el.

A fi cu un altul doar pentru că ești interesat de un terț e un comportament transparent în cadrul terapiei de grup –, iar acest lucru e folosit în terapie pentru descoperirea și tratarea relei-credințe în relațiile interpersonale. Un exemplu clar au fost evenimentele care s-au desfășurat timp de

mai multe săptămâni într-unul din grupurile mele de terapie. Ron, un pacient căsătorit de patruzeci de ani, lua contact cu fiecare dintre membri în afara grupului sistematic, deși atât el, cât și ceilalți își dădeau seama că socializarea dăuna terapiei. Ron a invitat pe unii dintre membri la yachting, pe alții la schi, pe alții la masă și a început o legătură amoroasă intensă cu o una dintre membrele grupului, Irene. Socializarea în afara grupului este de obicei distructivă pentru terapie doar atunci când e înconjurată de o conspirație a tăcerii. Aici, terapia s-a împotmolit din cauză că Ron refuza să-și discute contactele din afara grupului, mai ales cele cu Irene; nu vedea nimic „greșit" în a ieși cu ei și a refuzat încăpățânat să examineze semnificația comportamentului său.

Într-o ședință, grupul a discutat invitația adresată coterapeutului meu, care era femeie, să îl însoțească în weekend la schi. Asupra sa s-a exercitat o presiune enormă să-și examineze comportamentul, iar el a părăsit ședința confuz și destabilizat. În drum spre casă, Ron și-a adus brusc aminte că, în copilărie, povestea lui favorită fusese cea a lui *Robin Hood.* Dând curs unui impuls, el s-a dus către secțiunea de cărți pentru copii a primei biblioteci publice care i-a ieșit în cale și a recitit povestea. Doar în acel moment comportamentul său și-a arătat sensul. Ceea ce îi plăcea la legenda lui Robin Hood era salvarea indivizilor, mai ales a femeilor, de tiranie. Motivul jucase un rol important în viața sa, începând cu conflictele oedipiene din sânul familiei. Pusese bazele unei afaceri de succes, după ce la început lucrase cu cineva, dar mai apoi își construise propria firmă, aflată în concurență și ademenise angajații fostului său șef să lucreze pentru el. La fel se întâmplase cu nevasta sa, cu care se căsătorise nu atât din cauză că o iubea, ci pentru a o salva din fața unui tată tiranic.

Tiparul se vedea și în cadrul grupului. Era intens motivat să-i smulgă pe ceilalți, chiar și pe coterapeut, din strânsoarea mea. Ceilalți membri și-au exprimat groaza că au fost pur și simplu o masă de manevră în confruntarea lui Ron cu mine. Când modalitatea sa preponderent neautentică de relaționare a fost pusă în lumină și înțeleasă pe deplin, Ron a început să se confrunte cu întrebarea „Care mai e rostul oamenilor?" A petrecut câteva luni examinându-și în cadrul terapiei relația cu fiecare dintre membri, mai puțin cea cu Irene. Se agăța de ea; și chiar când devenise clar că făcuse toate progresele posibile în acel grup, se opunea încheierii terapiei deoarece, la un nivel inconștient, dorea să fie prezent ca să o ocro-

 tească de mine. Într-un final, și-a încheiat cura, iar după câteva luni și Irene i-a pus capăt. În acest moment, odată tiranul dispărut din peisaj, dragostea lui Ron s-a evaporat rapid și a întrerupt relația.

Relația cu celălalt e bazată pe grija pentru acesta, și nu pentru o figură străină din trecut sau prezent. Transferul, distorsiunile în percepția celuilalt, motivele și scopurile subiacente – toate trebuie înlăturate pentru a face loc unei relații autentice.

Izolarea existențială și psihoterapia

Izolarea existențială are câteva consecințe importante pentru psihoterapeuți. Ea le furnizează un sistem de referință care explică multe fenomene complexe și enigmatice – explicații pe care terapeuții încearcă să le comunice pacienților prin comentarii clarificatoare și interpretări. Conceptul de izolare existențială furnizează un temei și pentru o strategie terapeutică importantă – confruntarea cu izolarea. În fine, atenția îndreptată asupra izolării existențiale aruncă o lumină considerabilă asupra unui fenomen extrem de important și complex – relația terapeut–pacient.

Un ghid de înțelegere a relațiilor interpersonale

Indivizii care sunt îngroziți de izolare încearcă de regulă să își diminueze spaima de o manieră interpersonală: au nevoie de prezența celorlalți pentru a-și afirma existența; ei jinduiesc să fie înghițiți de alții mai mari sau încearcă să-și estompeze sentimentul neputinței singuratice înghițindu-i pe alții; încearcă să se ridice prin alții; caută legături sexuale multiple, caricaturi ale relației autentice. Pe scurt, individul invadat de angoasa izolării caută disperat un ajutor în relație. Individul se îndreaptă spre celălalt nu pentru că o vrea, ci pentru că nu are de ales, iar relația care se naște de aici este bazată pe supraviețuire, și nu pe dezvoltare. Ironia tragică e că persoanele care au o nevoie disperată de confortul și plăcerea unei relații autentice sunt chiar aceia care sunt cel mai puțin capabili să formeze o astfel de relație.

Una dintre sarcinile primare ale terapeutului este de a ajuta pacientul să identifice și să înțeleagă ce anume face cu ceilalți. Caracteristicile unei relații eliberate de nevoie pun la dispoziția terapeutului un orizont ideal în interiorul căruia trăsăturile importante ale psihologiei pacientului sunt puse clar în evidență. Relaționează pacientul exclusiv cu cei care au să-i ofere ceva? E dragostea sa concentrată mai degrabă pe a primi decât pe a oferi? Încearcă el să-l cunoască în adevăratul sens al cuvântului pe celălalt? Cât de mult din propria persoană este menținută în rezervă? Îi ascultă el cu adevărat pe ceilalți? Îl folosește pe celălalt pentru ca să se relaționeze cu un terț? (Altfel spus, câte persoane sunt în cameră?) Îi pasă de creșterea celuilalt?

Situația din cadrul terapiei de grup oferă o arenă deosebit de propice pentru manifestarea acestor tipare de relaționare distorsionată, cum e cazul în următoarea scurtă istorie de caz:

Eve participa la un grup terapeutic de șase luni, timp în care își recrease în acest cadru (cum o fac toți pacienții) tipul de relaționare interpersonală din afara grupului. Era o ființă marginală, pasivă, ușor de trecut cu vederea. Nimeni nu o lua în serios; aparent, nici ea nu se lua în serios și părea să se mulțumească cu statutul de mascotă a grupului. În timpul vacanței de Crăciun, când grupul era împuținat, deoarece mulți membri plecau din oraș, Eve a început ședința descriindu-și disconfortul pe care i-l provoca un grup așa de mic. Spunea că nu e sigură că va face față unei „ședințe intense". A continuat să vorbească în maniera ei obișnuită, detașat, despre sentimentele sale față de un astfel de grup mic. Într-un final, a intervenit o altă membră, care a spus că nu mai poate să o asculte. Nimeni din grup nu avea impresia că Eve le vorbește; pe timpul ședinței Eve se adresa întotdeauna unui spațiu gol, ca și cum nu ar mai fi fost nimeni altcineva în încăpere. Membrii au comentat că Eve nu capta interesul nimănui din grup, că nimeni nu o știa, că rămăsese ascunsă vederii; și că, prin urmare, nimeni dintre ceilalți nu i-a dat șansa să capete importanță pentru ei.

I-am cerut lui Eve să încerce să capteze atenția membrilor. Ea s-a supus și s-a adresat pe rând participanților, exprimându-și de o manieră plată sentimentele pentru fiecare. „Cum ai putea evalua, pe o scară a asumării riscului de la unu la zece comentariile tale făcute în legătură cu fiecare membru", am întrebat-o. „Foarte jos, pe la doi sau trei", spuse ea. „Ce s-ar

întâmpla dacă ai urca o gradație sau două?", am zis. Ea a răspuns că ar fi însemnat, de pildă, să spună grupului că era alcoolică! Asta era o revelație, căci nu o mai mărturisise nimănui. Am încercat să o ajut să se deschidă și mai mult, chestionând-o asupra a ce simțea în legătură cu faptul că frecventa grupul de atâtea luni, dar nu reușise să o mărturisească.* Eve a răspuns vorbind despre cât de singură se simțea în mijlocul grupului și cât de izolată era față de fiecare persoană din încăpere. Însă era năpădită de rușine din cauza băuturii. Nu putea, insista ea, să fie „cu" alții sau să se facă înțeleasă de alții din cauza alcoolismului.

Am întors cu 180 de grade formula lui Eve (și abia aici a început adevărata muncă terapeutică): *nu se ascundea pentru că bea, ci bea pentru că se ascundea!* Bea pentru că era prea puțin angrenată în lume. Mai apoi, Eve a vorbit despre cum se întoarce acasă, cum se simte pierdută și singură, moment în care fie cade într-o reverie în care se imaginează foarte mică și îngrijită de cei mari, fie își îneacă durerea singurătății și dezorientării în alcool. Treptat, Eve a început să priceapă că se raporta la alții cu un scop anume, cel de a căpăta protecție și grijă, și că, în consecință, ea relaționa doar parțial. Vedea doar o parte din celălalt și alegea să dezvăluie doar părțile, despre care credea că nu vor alunga protectorii din preajma sa.

După ce a dobândit o imagine clară despre cum ceilalți îi percepeau comportamentul, Eve a devenit capabilă să-și dea seama în ce fel purtarea sa era receptată de ceilalți. (Aici stă unul dintre punctele forte ale terapiei de grup: deși terapeutul individual poate să furnizeze acest tip de informație pacientului, diversitatea feedbackului obținut în cadrul unui grup mai numeros îl face mult mai relevant și mai puternic.) Ea a descoperit că dorința sa de afecțiune nu îi aducea protecția la care tânjea; dimpotrivă, reticența de a se angaja într-o relaționare totală îi făcea pe ceilalți să nu îi dea importanță. Eve nu căpăta ce voia deoarece se lăsa mult prea mult dominată de nevoile sale.

După cum o ilustrează această scurtă poveste, în înțelegerea relațiilor curente se ascunde un potențial terapeutic important, iar dintre aceste re-

* Ca un principiu general al tehnicii terapeutice, e întotdeauna preferabil ca dezvăluirea unui secret important să fie abordată ajutând pacientul să dea în vileag mai mult cu privire la confesiune (dezvăluire „orizontală" sau „metadezvăluire") în loc să ceară mai multe detalii (dezvăluire „verticală") ținute secrete. În acest mod, pacientul poate fi făcut capabil să se facă pe deplin cunoscut celorlalți chiar în acel moment.

lații cea mai accesibilă investigației este cea dintre terapeut și pacient. Cercetarea sa e, din motive pe care le voi discuta imediat, extrem de eficace în terapie. Relațiile pacientului cu *ceilalți* vor trebui *totuși* să *fie* investigate fără excepție. Raporturile între pacienții aflați în tratament (în cadrul grupului de terapie, din căminele sociale, din spitalul de zi și așa mai departe) se transformă rar în afara terapiei în prietenii de durată sau surse de satisfacție. Totuși, în astfel de relații, pacienții vor manifesta patologii interpersonale. Terapeuții pot utiliza aceste date la prima mână, în modurile pe care le-am discutat, ca pe un fir călăuzitor pentru înțelegerea defectelor de relaționare ale pacienților. Astfel, îi vor ajuta să recunoască natura comportamentului lor interpersonal și impactul pe care îl are asupra altora, împreună cu responsabilitatea pe care o poartă pentru propria izolare. Relațiile din interiorul curei ocazionează și o „repetiție finală" pentru raporturile viitoare ale pacientului „din lumea reală", o întreprindere cu risc minor, în care el își poate testa noile moduri de relaționare.

Până în acest moment am descris *utilizările* relațiilor din cadrul terapiei. Însă există mai multe locuri unde se poate manifesta patologia și se poate derula repetiția finală: există și relații reale cu oameni reali, care conțin un element intrinsec posesor de sens și de virtuți curative. Unii pacienți sunt internați în secțiile de psihiatrie unde au contacte puține cu ceilalți. Vorbesc doar când li se vorbește; stau în salonul lor cât de mult pot; își consumă timpul gândind, „punând lucrurile la cale" în mințile lor, împletind, citind și așa mai departe.

Pacienții invocă multe motive pentru o astfel de retragere (cum ar fi depresia, teama de a fi respinși sau faptul că „nu au nimic de împărțit" cu ceilalți), însă unul dintre motivele comune este sentimentul că nu are rost să investească energie în ceva care se va risipi obligatoriu. Un pacient poate spune că relația cu un alt pacient nu poate dura, că se învârt pe „orbite" diferite (uitând de cele care le sunt comune, ca viața terestră și ciclurile vieții) și că deci nu are rost să se implice. Alții subliniază că nu pot suporta pierderea și că preferă să-și cultive doar relațiile care au capacitatea de a deveni prietenii de durată.

Aceste argumente pot părea convingătoare din anumite puncte de vedere. La urma urmei, una dintre problemele vieții moderne este lipsa de stabilitate, absența unor instituții și rețele sociale trainice. Ce sens are cultivarea unei alte relații trecătoare, „de conjunctură"?

Iată un caz ce poate aduce lumină în această chestiune. Anna, o pacientă cu tulburări borderline, care fusese spitalizată ca urmare a unei tentative de suicid, era foarte izolată și supărată. O problemă la care medita tot timpul era „La ce sunt de folos oamenii?" Evita interacțiunea cu ceilalți în întâlnirile de grup deoarece spunea că refuză să cedeze falsității care învăluie relațiile superficiale. Când se apropia de cineva sau își exprima orice sentiment, vocea-i interioară îi amintea repede că devenea ipocrită și că nimic din ce spusese nu provenea dintr-un sentiment adevărat. Anna se simțea singură și speriată. Întotdeauna fusese outsiderul care se plimba singură pe străzile întunecate și reci, observând și jinduind la luminile calde și reuniunile tihnite din casele celorlalți. În ședințele cu ea, i-am cerut permanent să încerce să interacționeze cu ceilalți. „Nu mai analiza, nu mai reflecta asupra propriei persoane", a fost ea sfătuită. „Încearcă doar să întinzi o punte către ceilalți membri ai grupului. Încearcă să intri în lumea lor de experiențe. Încearcă să te deschizi pe cât posibil și nu te întreba de ce." În timpul unei ședințe mai intense, Anna a reușit să se implice în raporturile cu câțiva membri, lăcrimând chiar pentru unul dintre ei. Către sfârșitul ședinței, Annei i s-a cerut să-și descrie experiența ultimei ore. (Utilizarea eficace a terapiei focalizată pe aici și acum implică întotdeauna două procese: experiența pură și examinarea sa ulterioară.) Anna a remarcat că fusese vie timp de o oră, că aluneca prin viață fără să-și dea seama de sine și de sentimentul său de dezolare față de ceilalți. Timp de o oră, fusese în viață în loc să fie în afara sa, privind către aceasta cu răceală.

Experiența Annei cu grupul i-a furnizat un răspuns la întrebarea „La ce sunt de folos oamenii?" Pentru puțină vreme, a fost capabilă să considere că relațiile îmbogățesc lumea interioară. Deși eram sigur că, în scurtă vreme, își va renega experiența, etichetând-o drept ipocrită, totuși avusese experiența modului în care o relație poate arunca o punte peste prăpastia izolării. Chiar scurte, întâlnirile cu celălalt schimbă individul. Întâlnirea e internalizată și devine un punct de referință interior, un memento omniprezent atât al posibilității, cât și al beneficiilor întâlnirii autentice.

Un exemplu frapant de impact de durată al unei întâlniri scurte este oferit de Bertrand Russell, care l-a întâlnit în 1913 pe Joseph Conrad:

> *Chiar de la prima întâlnire, convorbirea noastră a devenit tot mai intimă. Părea că pătrundem încetul cu încetul dincolo de straturile care constituie lumea*

superficială până când am atins împreună focul central. A fost pentru mine o experiență cum nu mai cunoscusem.

Ne priveam unul pe altul în ochi pe jumătate înmărmuriți, pe jumătate uluiți de a ne găsi amândoi la asemenea adâncimi. Emoția pe care o simțeam avea intensitatea unei iubiri pasionate și era, în același timp, atotcuprinzătoare. Am plecat buimăcit și incapabil de a mă înapoia la preocupările mele cotidiene.[1]

Deși Russell a petrecut doar câteva ore cu Conrad, a mărturisit că nu a mai fost același, că din contactul lor a păstrat toată viața un element care i-a influențat formarea atitudinilor ulterioare față de război, de micile necazuri și de relațiile cu oamenii.[2]

Este posibil să rătăcești și în direcția opusă – evitarea relațiilor intime de durată prin implicarea doar în relații scurte –, iar terapeutul trebuie să fie atent la această posibilitate. Însă trebuie să înțelegem că nicio relație nu oferă garanția permanenței. Dacă relația poate să nu aibă realitate viitoare, de ce ar trebui să o deposedăm de realitatea actuală? Indivizii care aleg să relaționeze doar cu câteva persoane sunt de fapt cei care au cele mai mari dificultăți de a interacționa cu ceilalți. Teama lor de izolare este atât de mare că, după cum am arătat, ei sabotează posibilitatea relației. Pe de altă parte, cei care manifestă tendința de a se îndrepta continuu de o manieră autentică înspre ceilalți, deoarece lumea interioară le este plină, vor avea experiența domolirii angoasei existențiale și capacitatea de a se îndrepta spre alții cu dragoste, în loc să se agațe de ei doar pentru că au nevoie de ei.

Confruntarea pacientului cu izolarea

Un alt pas important pentru tratament îl constituie ajutorul acordat pacientului pentru ca el să poată aborda direct izolarea existențială, să o exploreze, să aprofundeze propriile sentimente de dezorientare și singurătate. Una dintre realitățile fundamentale pe care pacientul trebuie o să descopere în cadrul terapiei este că, deși întâlnirea interpersonală poate diminua izolarea existențială, nu o poate elimina. Pacienții care se dezvoltă ca urmare a psihoterapiei află nu doar care sunt beneficiile intimității, ci și limitele sale: află ce *nu pot* obține de la alții. Acum câțiva ani, într-un

proiect pe care l-am descris în capitolul 6, eu și colegii mei am studiat un număr de pacienți ale căror cure avuseseră succes, încercând să determinăm elementele terapiei care le-au fost cel mai mult de ajutor. Din șaizeci de itemi prezentați pentru a fi ierarhizați (tehnica Q-sort), cel al limitelor intimității („recunoașterea faptului că, oricât de mult m-aș apropia de alții, *va trebui să înfrunt viața singur*") era pus printre primele de mulți pacienți, iar în ierarhia finală a ocupat locul douăzeci și trei dintre cei șaizeci de itemi.[3]

Desigur, izolarea nu are „soluție". E parte a existenței și va trebui să ne confruntăm cu ea, găsind un mod de a o integra în sufletul nostru. Comuniunea cu alții este cea mai importantă resursă care ne stă la dispoziție pentru a diminua spaima izolării. Suntem niște corăbii izolate pe o mare întunecată. Vedem luminile celorlalte nave, pe care nu le putem ajunge, dar a căror prezență și a căror situație similară ne oferă consolare. Ne dăm seama de singurătatea și de neputința noastră supremă. Însă pentru a străpunge pereții monadei fără ferestre a fiecăruia, va trebui să conștientizăm și prezența celorlalți, care înfruntă aceeași spaimă solitară. Sentimentul nostru de izolare dă naștere compasiunii pentru semeni și nu ne mai simțim așa de înfricoșați. O legătură invizibilă unește indivizii care au experiențe identice, fie că e vorba de o viață trăită în același timp sau loc (de pildă, frecventarea aceleiași școli) sau doar experiența împărtășită ca membri ai unui public care ia parte la un eveniment.

Însă compasiunea și sora sa geamănă, empatia, necesită o anumită doză de echilibru; nu pot fi construite pe panică. Individul trebuie să înceapă prin a înfrunta și tolera izolarea, pentru a deveni capabil să utilizeze resursele disponibile în vederea abordării depline a propriei situații existențiale. Dumnezeu oferă multora o eliberare de izolare; însă după cum spunea Alfred North Whitehead, izolarea este o condiție a unei credințe spirituale adevărate: „Religia este ceea ce individul face cu propria solitudine... și dacă nu ești niciodată singur, nu vei fi niciodată religios".[4] O parte din sarcina terapeutului constă în a ajuta pacientului să-și înfrunte izolarea – o întreprindere care, la început, generează angoasă, dar favorizează dezvoltarea personală. În *Arta de a iubi*, Fromm a scris: „Capacitatea de a fi singur este condiția capacității de a iubi", și, chiar din acele vremuri, când SUA nu avusese parte încă de anii ´60 și de meditația transcendentală, a sugerat modalități de concentrare solitară asupra conștiinței.[5]

 În eseul său asupra singurătății, Clark Moustakas vorbea despre același lucru:

> *Individul care suferă de singurătate, dacă nu și-o combate, își va da seama de propria situație și va crea o legătură sau va dobândi sentimentul unei legături fundamentale cu alții. În loc să-l despartă de alții sau să conducă la fragmentarea sau diviziunea sinelui, singurătatea stimulează completitudinea individuală, receptivitatea, sensibilitatea și umanitatea.*[6]

Mulți alții argumentează că trebuie să avem experiența izolării înainte de a o putea depăși. Camus, de pildă, spunea că: „Atunci când un om a învățat, și nu doar în teorie, cum să rămână singur cu propria suferință, cum să-și depășească dorința de a fugi, aproape că a învățat totul"[7]. La fel, Robert Hobson spunea că: „A fi om înseamnă a fi singur. A deveni o persoană înseamnă a explora noi modalități de a rămâne singuri".[8]

Îmi place expresia „a explora noi modalități de a rămâne singuri". E o descriere impresionantă a sarcinii terapeutului. Și totuși, ea conține germenii unei probleme clinice: în loc să se „relaxeze", pacientul aflat în psihoterapie se crispează în propria singurătate. Problema pare a fi că bogații se îmbogățesc, în vreme ce săracii sărăcesc. Cei care își pot înfrunta și explora izolarea pot învăța să relaționeze cu alții de o manieră matură și afectuoasă; însă tocmai cei care pot construi relații și au avut parte de o oarecare maturizare vor putea tolera izolarea. Robert Bollendorf a demonstrat, de exemplu, că angoasa izolării (măsurată pe scala de anxietate a inventarului IGPE) e mai mică la indivizii care prezintă o autoactualizare mai accentuată (măsurată conform Inventarului Orientării Personale), atunci când aceștia trebuie să stea singuri vreme de șaisprezece ore.[9]

Otto Will, pornind de la perspectiva câștigată în urma unei experiențe îndelungate în tratamentul adolescenților și al tinerilor, a observat că indivizii care proveneau din familii unde domnea afecțiunea și respectul sunt capabili, relativ ușor, să se dezvolte în direcția emancipării de familie și să suporte separarea și singurătatea intrării în lumea adultă. Ce se întâmplă cu cei care cresc în familii instabile și extrem de conflictuale? Unii s-ar putea aștepta ca tinerii să sară în sus de bucurie când e să iasă dintr-un astfel de mediu. Însă se întâmplă exact invers: cu cât e

mai neașezată familia, cu atât îi e mai greu să plece copilului. Aceștia au o înzestrare care nu le permite desprinderea și se agață de familie, văzută ca adăpost în fața angoasei izolării.[10]

Terapeutul trebuie să găsească o modalitate prin care să-și ajute pacientul să înfrunte izolarea oferindu-i un sprijin complex în doze potrivite acestuia din urmă. Unii terapeuți prescriu sau recomandă, în stadiile avansate ale terapiei (în momentul în care alte surse de angoasă au fost analizate, iar relația terapeutică a devenit pozitivă și robustă), perioade de izolare autoimpusă. Există două posibile beneficii ale unei astfel de izolări. În primul rând, astfel se poate genera un material terapeutic important. Să ne amintim de Bruce, pacientul din capitolul 5, care, ca urmare a câtorva ore de izolare, a început să-și perceapă groaza de singurătate și moarte, evitate prin dependența de muncă și sexualitatea compulsivă. De asemenea, pacientul descoperă resurse ascunse de curaj. Linda Sherby descrie o pacientă ale cărei simptome constau într-o activitate frenetică și o poziționare dependentă și nesatisfăcătoare în potențialele relații.[11] Într-un efort de a ieși din impas, terapeutul i-a sugerat să petreacă douăzeci și patru de ore singură la un motel, ruptă de orice ar putea-o distrage (oameni, televizor, cărți etc). Singura ocupație permisă era un jurnal, în care să-și scrie gândurile și sentimentele. Marele rezultat, de o importanță considerabilă pentru pacientă, a fost că a învățat să își îndure izolarea fără să se panicheze. Notele pacientei sunt explicite din acest punct de vedere: „Sunt încă uimită că mai sunt în toate mințile – poate e prea devreme să mă decompensez, dar au trecut deja nouă ore, și nu cred că voi capota". Către sfârșitul celor douăzeci și patru de ore, a scris terapeutului: „E evident că nu voi înnebuni și cred că o știai de la bun început. Tristețea devine o parte din mine, și am îndoieli că-mi va fi prea ușor să fug de ea din nou!"

Cu mai mulți ani în urmă, am realizat împreună cu colegii mei un experiment care a ajuns accidental să pună în evidență gradul în care dezvoltarea personală este favorizată de izolare.[12] Într-un efort de a testa impactul stimulării emoționale (într-un grup de întâlnire de weekend) asupra terapiei individuale pe termen lung, am organizat o serie de grupuri de weekend la o pensiune rurală: două grupuri de Gestalt-terapie care mizau pe stimularea afectelor și un grup de control, de meditație Zen. Am încercat să măsurăm impactul asupra subiecților din grupul gestaltist și

 am presupus că grupul de meditație care nu stimula afectele va putea fi folosit ca un element de control relativ stabil. Rezultatele au indicat altceva. Au intervenit variabile neașteptate, „nespecifice", care au influențat puternic rezultatele. Una dintre cele mai importante variabile nespecifice a fost experiența izolării. Mulți indivizi, atât din grupurile experimentale, cât și din grupul de control, au raportat că un aspect important al experienței proprii a constat în îndepărtarea de contextele familiare și întâlnirea cu izolarea. Câțiva subiecți de sex feminin au spus chiar că weekendul a fost prima ocazie după ani (într-un caz, după douăzeci de ani) de a se despărți de familii și de a petrece o noapte in singurătate, fără bărbatul care doarme în același pat și fără copiii din camera alăturată. Impactul confruntării cu izolarea a fost atât de puternic, încât pentru unii, stimularea afectivă, deși făcea obiectul cercetării, a devenit o variabilă insignifiantă.

Practica meditației oferă o altă cale pentru perceperea izolării. Deși profesorii de meditație și terapeuții care recurg adesea la ea nu văd astfel beneficiile meditației, cred că una dintre contribuțiile mari la dezvoltarea personală constă în aceea că permite indivizilor ca, într-o stare de angoasă redusă (adică de eliminare a angoasei prin relaxare musculară, prin postură, respirație și purificare mentală), să depășească angoasa pe care o asociază cu izolarea.

Astfel, indivizii învață să înfrunte lucrul de care se tem cel mai mult. Lor li se cere să se cufunde în izolare și chiar, mai important, să o facă despuiați de apărările obișnuite ale negării. Li se cere să „lase lucrurile să curgă" (în loc să se gândească numai la reușită și avere), să-și golească mintea (în loc să categorisească și să analizeze experiența), să răspundă lumii și să intre în armonie cu ea (în loc să o controleze și să o supună). Desigur, unul dintre scopurile declarate ale meditației, una dintre stările ce trebuie atinse pe calea iluminării (*satori*), este conștientizarea faptului că realitatea fizică e doar un văl care ascunde realitatea, pe care putem să-l ridicăm doar grație aprofundării propriei izolări. Însă recunoașterea naturii iluzorii a realității sau, cum am descris în capitolul 6, sesizarea propriei funcții constitutive, aruncă invariabil individul într-o confruntare cu izolarea existențială, într-o percepere nu doar a izolării în raport cu ceilalți, ci, la un nivel mai fundamental, și a izolarării față de lume.

Izolarea și întâlnirea pacient–terapeut

Relația e cea care vindecă

Îmi amintesc două maxime ale psihoterapiei pe care le-am învățat chiar la începuturile formării mele. Pe prima – „Scopul psihoterapiei este de a aduce pacientul în punctul în care poate alege liber" – am discutat-o în secțiunea dedicată libertății. Cea de a doua – „Relația e cea care vindecă" – enunță cea mai importantă lecție pe care trebuie să și-o însușească psihoterapeuții. Nu există vreun alt adevăr mai evident în psihoterapie; orice terapeut observă la nesfârșit în activitatea-i clinică faptul că întâlnirea însăși e cea care vindecă pacientul, într-un mod care se situează dincolo de orientarea terapeutului.

Dacă există un fapt cert în cercetarea din domeniul psihoterapiei, el e că o relație pozitivă între pacient și terapeut este corelată direct cu un bun rezultat al curei. Terapeuții eficace răspund pacienților într-un mod autentic; ei stabilesc relații pe care pacientul le consideră sigure și tolerante; manifestă o căldură neposesivă și un grad înalt de empatie, fiind capabili să „fie cu" sau să „prindă sensul" pacientului. Mai multe analize, care rezumă sute de cercetări contribuie la această concluzie.* [13]

Am comparat în primul capitol psihoterapia cu o experiență pe care am avut-o într-o lecție de gătit: ceea ce părea a face diferența esențială atât între mâncărurile de vinete armenești, cât și în psihoterapie erau „ingredientele", contribuțiile „neoficiale". Respectivele „ingrediente" apar cel mai adesea pe acest tărâm, al relației pacient–terapeut. Pe parcursul unei psihoterapii eficace, terapeutul se raportează adesea la pacient de o manieră foarte umană și personală. Deși această raportare este un eveniment crucial pentru terapie, el e de găsit doar în afara teoriei psihoterapeutice, nu e consemnat de literatura psihiatrică (de obicei, datorită sfielii sau temerii de cenzură) și nici nu e predat studenților (atât pentru că se situează în afara teoriei formale, cât și pentru că poate încuraja „excesele").

* În altă parte în această carte, am menționat cercetări empirice, dar, de obicei, de o manieră extrem de selectivă și cu multă precauție. Fie cercetarea era sumară, slab concepută sau executată, fie avea o relevanță îndoielnică pentru grija existențială în discuție. Nici în problema relației terapeut–pacient nu voi cita toată literatura de cercetare, însă pentru un alt motiv: cantitatea prea mare de investigații empirice de calitate care documentează importanța crucială a relației.

O ilustrare excelentă a importanței întâlnirii dintre pacient și terapeut poate fi găsită într-o carte intitulată *Critical Incidents in Psychotherapy* [*Incidente decisive în psihoterapie*] (1959), care descrie un număr de evenimente ce au fost considerate de către terapeuți ca puncte de cotitură în terapie.[14] Marea majoritate a acestor incidente critice constau în ieșiri ale psihoterapeutului din rolul său profesional și în interacțiunea cu pacientul într-o manieră cât se poate de umană. Câteva exemple:

1. În acest moment, Tom [pacientul] m-a privit în ochi și a spus încet și răspicat: „Dacă mă abandonezi, nu mai am nicio speranță". Am fost atunci copleșit de un complex de emoții puternic, compus din tristețe, ură, milă și sentimentul inoportunității. Această frază a lui Tom a devenit un „eveniment crucial" pentru mine. În acele momente, eram mai aproape de el decât de orice altă persoană de pe pământ.[15]
2. Un terapeut a avut într-o după-amiază de sâmbătă o ședință cu un pacient cu o suferință acută și, deși terapeutul era înfometat și obosit, a continuat ședința preț de câteva ore.[16]
3. Un terapeut avea în cură o pacientă care, pe parcursul terapiei, a dezvoltat o serie de simptome care sugerau cancerul. Câtă vreme ea aștepta rezultatele analizelor de laborator (care s-au dovedit negative), terapeutul a ținut-o în brațe ca pe un copil, în vreme ce ea plângea și, din cauza groazei, avea parte de un scurt episod psihotic.[17]
4. Un terapeut de sex masculin, care se ocupa de o tânără pacientă ce manifesta un transfer erotic atât de intens, că împiedica terapia, i-a dezvăluit o serie de aspecte din viața sa personală care au permis pacientei să deosebească realitatea de percepția sa distorsionată.[18]
5. Pe parcursul a mai multe ședințe, un pacient se comporta necorespunzător cu terapeutul atacându-l personal și punându-i sub semnul întrebării priceperea. Într-un final, terapeutul a izbucnit: „Am început să bat cu pumnul în masa de lucru și să strig: «De ce naiba nu încetezi să mă pisezi cu trăncăneala ta și nu ai de gând să încerci să te înțelegi pe tine mai bine? Oricâte neajunsuri aș avea, și am destule, nu am nimic de a face cu problemele tale. Sunt și eu om, iar azi am avut o zi proastă...»"[19]
6. O pacientă fusese abandonată într-o casă sumbră, clădită pe o stâncă, la care se putea ajunge doar trecând un pod șubred de lemn. *In*

extremis, și-a sunat terapeutul care a venit la ea trecând peste podul periculos, a liniștit-o și a condus-o acasă.[20]

Celelalte incidente critice sunt asemănătoare: în fiecare dintre ele accentul cade clar pe interacțiunea interumană, dincolo de „tratamentul" prescris pacientului din motive artificiale sau legate de orientarea terapeutică.

Ilustrările acestui fenomen care abundă în literatură sunt convergente. În capitolul 2, am discutat cum în 1895, în *Studii despre isterie*, Freud și Breuer au trecut cu vederea o cantitate importantă de material legat de moarte.[21] E frapant și că, în evaluarea pe care o face mecanismelor terapeutice, Freud a neglijat, se pare, importanța interacțiunii pacient–terapeut. El a pus schimbările curative doar pe seama sugestiei hipnotice și muncii interpretative, care fac posibile „abreacția" și eliberarea „afectului înăbușit". Totuși, va trebui să remarcăm implicarea terapeutică a lui Freud, pe care o descrie în istoriile sale de caz. Îi masa regulat pe unii dintre pacienți și, într-un pasaj, și-a exprimat neplăcerea că menstruația unei paciente făcea masajul imposibil în acea zi. Cu alte ocazii, s-a „aruncat cu îndrăzneală" (pentru a folosi o expresie a lui Buber)[22] în viața pacienților, vorbind membrilor familiei și clarificând perspectivele maritale ori financiare ale pacienților. Alteori, Freud devenea autoritar și aspru. Într-o ședință memorabilă, a spus hotărât unei paciente că îi lasă douăzeci și patru de ore să își schimbe credințele (cu privire la cauzele nepsihologice ale unui simptom) sau altfel pleacă din spital.[23]

În urmă cu câțiva ani (din rațiuni care nu au legătură cu discuția de față), am făcut un contract cu o pacientă, care stipula că, după fiecare oră de terapie individuală, vom scrie amândoi rezumate ale ședinței, bazate pe impresiile proprii, le vom trimite într-un plic închis secretarei mele și, după câteva luni, vom citi notele celuilalt. (Mai târziu am publicat acest note în cartea *Cu fiecare zi mai aproape. O psihoterapie povestită de ambii participanți*[24]). Ceea ce m-a impresionat a fost discrepanța între percepțiile mele și ale pacientei. Ne îndreptam atenția și prețuiam aspecte foarte diferite ale experienței terapeutice. Care era soarta interpretărilor mele dragi și elegante? Din păcate, nu erau auzite niciodată! Ea prețuia micile tușe personale – o privire caldă, un compliment pentru cum arăta, interesul meu constant pentru ea sau faptul că i-am cerut părerea cu privire la un film.

 Ce putem face cu aceste observații? Îmi e clar că, de o manieră neidentificată încă, relația personală pacient–terapeut e crucială în schimbare și, de asemenea, că terapeutul subestimează adesea importanța acestui factor, dar o supraestimează pe cea a propriilor contribuții cognitive.

Cum vindecă relația terapeutică? În secțiunea anterioară, am sugerat că relațiile pacientului din perioada terapiei (din viața privată, cu ceilalți membri ai grupului terapeutic sau cu cei internați în secția de psihiatrie) au două tipuri de efecte terapeutice: (1) „facilitează", adică îmbunătățesc alte relații viitoare, deoarece arată pacienților propriile comportamente dezadaptative și le oefră o „repetiție finală" pentru noile moduri de relaționare; (2) au o valoare intrinsecă: în calitate de relații „reale", conduc la schimbări în sfera intrapersonală.

Aceeași paradigmă este valabilă și în cadrul relației pacient–terapeut. Ea vindecă răsfrângându-și lumina asupra altor relații și oferind pacientului posibilitatea de a relaționa cu adevărat. Să examinăm fiecare modalitate.

Relația pacient–terapeut: clarificarea și facilitarea altor relații. Ajutându-și pacientul să-și examineze relația cu terapeutul, acesta din urmă clarifică și facilitează relațiile anterioare sau curente cu cei care, în plan simbolic, se aseamănă cu terapeutul.

Utilizarea relației pacient–terapeut pentru a arunca o lumină asupra trecutului nu e altceva decât metoda transferențială tradițională, în care pacientul își „transferă" sentimente și atitudini resimțite față de figuri importante, în special cele părintești, asupra persoanei terapeutului. Pacientul îmbracă terapeutul, ca pe un manechin, cu sentimente care au fost luate de la alții. Relația cu terapeutul este un teatru al umbrelor, reflectând vicisitudinile unei drame care s-a derulat cu multă vreme în urmă. Scopul analizei terapeutice, de a recaptura și lămuri evenimente din primii ani, este slujit foarte bine de această tehnică.

Unei astfel de abordări a relației i se pot aduce două obiecții fundamentale. Înainte de toate, așa cum am descris în capitolul 7, nu există nicio dovadă că revelarea și înțelegerea trecutului contribuie la schimbarea terapeutică. Cea de a doua obiecte este că înțelegerea relației pacient–terapeut cu precădere în termenii transferului neagă natura relației umane, cu adevărat generatoare de schimbare. Există dovezi importante în favoarea ideii că relația e cea care vindecă; iar a privi relația terapeut-paicent pe o cutie ce conține marfa vindecării (insight, descoperirea evenimentelor din pri-

mii ani ai vieții și așa mai departe) înseamnă a confunda ambalajul cu conținutul. Relația *este* marfa schimbării; și, după cum am subliniat deja, facilitarea insight-ului și excavarea trecutului sunt întreprinderi aparent profitabile care captează atenția pacientului și a terapeutului, în vreme ce adevăratul agent al schimbării – relația lor – înflorește.

O altă utilitate a relației pacient–terapeut e că ajută pacientul să își înțeleagă relațiile actuale și viitoare. Aproape invariabil, pacientul va distorsiona anumite aspecte ale relației sale cu terapeutul. Terapeutul cu experiență, exploatându-și cunoașterea de sine și experiența cu privire la modul cum alții îl văd, poate ajuta pacientul să deosebească realitatea de distorsiune. Terapeutul poate însemna diferite lucruri pentru pacienți diferiți, însă pentru cei mai mulți el reprezintă imaginea autorității – profesor, șef, părinte, judecător, controlor și așa mai departe. Ajutând pacientul să-și îmbunătățească relațiile cu astfel de indivizi, el îi face un real serviciu.

Relația „reală" între terapeut și pacient. Dezvoltarea unei relații veritabile cu terapeutul (prin contrast cu cea transferențială) poate fi benefică pentru pacient. În locul unei relații de tip „ca și cum" – una care, dacă e analizată cum trebuie, va facilita *alte* relații – în acest caz, terapeutul facilitează vindecarea mai degrabă prin dezvoltarea unei relații autentice cu pacientul.

După cum am discutat deja, Kaiser credea că individul torturat de izolare („conflictul universal") încearcă să o combată prin realizarea unei „fuziuni" cu celălalt. A netezi acest drum spre fuziune înseamnă a da naștere „simptomului universal", cum îl numea Kaiser. „Simptomul universal" este „duplicitatea", „neautenticitatea" sau „transferul", constând atât într-o percepție deplasată, cât și într-un comportament distorsionat în legătură cu terapeutul. Din acest motiv, pacientul nu se raportează pornind de la adevăratul său sine, ci interacționează cu terapeutul de o manieră care să-l scape de izolare și să conducă la fuziune.

Care e antidotul acestui conflict universal și al acestui simptom? Răspunsul lui Kaiser este „comunicarea".[25] Potrivit lui, „capacitatea de a comunica liber e cea care împiedică acest conflict universal să împingă persoana în tiparele iluzorii ale nevrozei". Terapeutul, în opinia lui Kaiser, vindecă *pur și simplu deoarece este cu pacientul.* Terapia de succes necesită „ca pacientul să își petreacă suficient timp cu o persoană cu anumite caracteristici de personalitate".

Ce fel de caracteristici de personalitate? Kaiser menționa patru: (1) interesul pentru oameni; (2) o viziune teoretică asupra terapiei care să nu interfereze cu interesul de a comunica liber cu pacientul; (3) absența unor reacții nevrotice care să interfereze cu stabilirea unei comunicări cu pacientul; (4) disponibilitatea mentală a „receptivității" – sensibilitatea la duplicitate sau la elementele necomunicative din comportamentul pacientului.

Kaiser prescrie o singură regulă terapeutului: „Comunică!" Toate celelalte cerințe nu țin de ceea ce trebuie să facă terapeutul, ci de ceea ce trebuie să fie. Deși Kaiser poate exagerează, el ne atrage totuși atenția asupra mecanismului esențial din procesul terapeutic. Psihoterapia este pentru cei mai mulți pacienți un proces ciclic care evoluează între izolare și relaționare. Când pacientul devine capabil să se raporteze profund la terapeut (și să se raporteze la el ca la o persoană reală, *nu* ca la o hologramă confecționată prin intermediul unei „tehnici"), el este deja schimbat. Pacientul învață că poate iubi și are experiența sentimentelor care dormitau de ani sau decenii pe tărâmuri disociate. Să ne amintim comentariile lui Buber cu privire la relația Eu-Tu: când Eul se raportează cu adevărat la un altul, este schimbat, e diferit de Eul de dinaintea relației Eu–Tu. Are experiența unor noi aspecte ale sale, deschizându-se nu numai spre celălalt, *ci și spre sine*. Nu are importanță că relația pacientului cu terapeutul e una „temporară"; *experiența* intimității rămâne pentru totdeauna. Ea nu poate fi suprimată, ci persistă în lumea interioară ca un punct de referință permanent: un memento al potențialului de intimitate. Descoperirea sinelui ce rezultă din intimitate e și ea permanentă.

Nu cred că e foarte mare nevoie să spun că experiența unei întâlniri intime cu un terapeut are repercusiuni asupra individului care trec dincolo de relațiile cu majoritatea celorlalți oameni. De pildă, terapeutul este în general cineva căruia pacientul îi poartă un respect deosebit. Însă mai important, terapeutul e cineva, adesea singurul, care îl cunoaște pe pacient. A mărturisi cuiva toate secretele întunecate, toate gândurile ilicite, vanitățile, necazurile, pasiunile și a fi după aceea complet acceptat e un gest important de afirmare.

Am spus mai devreme că psihoterapia e un proces ciclic, desfășurat între izolare și relaționare. E ciclic, deoarece pacientul terorizat de izolarea existențială se raportează în profunzime și cu sens la terapeut, moment în care, fortificat de această întâlnire, este condus înapoi către confruntarea

cu izolarea existențială. Mizând pe profunzimea relației, terapeutul ajută pacientul să înfrunte izolarea și să-și înțeleagă responsabilitatea solitară pentru propria viață, că pacientul e cel care și-a creat situația în care trăiește și că, din păcate, pacientul, și nu altcineva, e cel care o poate schimba.

Terapeutul poate folosi și alte modalități pentru a-l pune pe pacient față în față cu izolarea. Am subliniat mai devreme că unul dintre lucrurile neprețuite pe care pacientul le află în terapie e care sunt limitele relației. Individul află ce poate primi din partea altora, dar, probabil mai important, individul află ce *nu poate* primi de la ceilalți. Pe măsură ce pacientul și terapeutul se întâlnesc pe un palier uman, iluziile primului au inevitabil de suferit. Salvatorul suprem este văzut la lumina zilei, ca o persoană la urma urmei. E un element care produce izolare, dar și, după cum o spune Kenneth Fisher, un moment de iluminare „când pelerinul se aventurează să gândească: poate nimeni nu o știe – poate suntem cu toții pelerini".[26] Într-un final, pacientul este scutit de a mai căuta în locul greșit. Ideal, pe baza deplinătății relației pacient–terapeut, pacientul ar trebui să ajungă la concluzia că ambii, dar și ceilalți oameni, sunt înfrățiți de o izolare fără leac.

Relația ideală terapeut-pacient

Dacă sarcina primordială a terapeutului este să relaționeze profund și complet cu pacientul, înseamnă oare că terapeutul va forma o relație Eu–Tu cu fiecare pacient? Își „iubește" terapeutul pacientul (în sensul lui Maslow și al lui Fromm)? Există vreo diferență între un terapeut și un prieten adevărat?

Terapeutului îi e greu să citească (sau să scrie) aceste întrebări fără o oarecare stânjeneală. „Jenă" e cuvântul care îi trece prin minte. Există în lumea terapeutului o disonanță inevitabilă: oricât am încerca să răsucim concepte precum „prietenie", „dragoste" și „Eu–Tu", nu vom reuși să le facem se armonizeze bine cu alte concepte ca „ședințe de cincizeci de minute", „șaizeci și cinci de dolari pe oră", „expunere de caz" sau „asigurare medicală". Incongruența este intrinsecă „situației" în care se găsesc pacientul și terapeutul și nu poate fi ignorată.

Există un aspect important al unei prietenii afectuoase sau al unei relații Eu–Tu, care e necesarmente diferit de relația terapeut–pacient, anu-

 me reciprocitatea. Pacientul vine la terapeut în căutare de ajutor. Terapeutul nu merge la pacient. Terapeutul trebuie să aibă motivația, înclinația și capacitatea de a privi cât mai mult pacientul ca pe o persoană. Pacientul, prin definiție, are o capacitate redusă de a avea experiența deplină a celeilalte persoane și, în plus, are o altă motivație: vrea să-și reducă suferința. Ca atare, terapeutul este caracterizat de ceea ce Buber numește „prezență detașată": terapeutul poate să fie în două locuri deodată – cu sine însuși și cu pacientul. „Terapeutul este capabil să fie unde este el însuși și unde e pacientul; pacientul nu poate fi decât unde se găsește."[27]

Terapeutul este interesat de calitatea de „tu" a pacientului, nu doar de acel „tu" care e prezent, ci de un potențial „tu" adormit. Terapeutul își folosește intuitiv simțul deschiderii și al închiderii față de pacient, ca pe un ghid pentru adâncirea relației. La debutul terapiei, pacientul nu întrevede vreo atitudine reciprocă în raport cu terapeutul. Pacientul poate să se gândească sau să pună întrebări referitoare la terapeut, însă acestea nu vizează dorința de a se apleca asupra terapeutului spre a-l „cunoaște" mai bine și a-i împlini potențialul, ci, mai degrabă, pacientul vrea să-i evalueze competența sau să afle cum îi va satisface nevoile. Ocazional, întrebările pacientului fac parte din lupta pentru controlul asupra relației: pacientul se poate simți mai puțin vulnerabil datorită destăinuirilor făcute în cazul în care și terapeutul este dispus la dezvăluiri personale .

Carlos Sequin descrie în *Love and Psychotherapy* [*Dragoste și psihoterapie*][28] relația terapeut–pacient drept o formă specială de iubire: „eros psihoterapeutic". Această formă de dragoste posedă o serie de trăsături distinctive. După cum am arătat, e lipsită de reciprocitate. Va trebui să remarc faptul că lipsa de reciprocitate nu e o notă definitivă; pe măsură ce terapia înaintează, pacientul a cărui stare se îmbunătățește realizează și îi pasă (cu o grijă eliberată de nevoie) din ce în ce mai mult de persoana terapeutului. Erosul psihoterapeutic e indestructibil sau, așa cum l-a definit Carl Rogers, „necondiționat". Alte tipuri de iubire pot suferi un proces de eroziune. Un îndrăgostit nu va mai iubi dacă dragostea nu îi este întoarsă. Prietenii se vor îndepărta unul de altul dacă nu mai au mare lucru în comun. Există multe circumstanțe care conduc la distanțarea părinților de copii, a profesorilor de studenți sau a credincioșilor de divinitate. Însă un terapeut matur va manifesta grijă în pofida caracterului rebel, narcisismului, deprimării, ostilității sau prefăcătoriei cu care se va confrunta. Se poate spune chiar

că terapeutul poartă de grijă chiar *datorită* acestor trăsături, deoarece ele reflectă măsura în care pacientul are nevoie de atenție.

Un alt aspect al erosului terapeutic e că implică grija autentică pentru persoana pacientului. În cuvintele lui Sequin[29], „doctorul nu trebuie să simtă o dragoste «umanitară» pentru bolnav, văzut în ipostaza de bolnav. Va trebui în schimb să aibă un sentiment autentic de iubire pentru individul singular care îi stă în față, care e *acest* om, și nu altul, care nu e în primul rând un bolnav, ci un om". Fromm, Maslow și Buber au subliniat cu toții că adevărata grijă pentru altul înseamnă grija pentru dezvoltarea altuia și pentru a aduce ceva la viață în celălalt. Aceasta e atitudinea pe care trebuie să o aibă terapeutul față de pacient. Rațiunea de a fi a pacientului este de a moși viața încă nenăscută a pacientului.

Ideea de a „aduce la viață" o parte din celălalt furnizează o strategie procedurală importantă terapeutului. Buber distinge două modele de bază pentru cum este afectată atitudinea față de viață a celuilalt.[30] Fie se încearcă impunerea propriei atitudini sau opinii (de așa manieră încât celălalt ajunge să creadă că sunt ale lui), fie se încearcă ajutarea celuilalt să-și descopere propriile dispoziții și să aibă experiența propriilor „forțe de actualizare". Prima abordare este numită de Buber „impunere" și este calea luată de propagandiști. Cea de a doua este „revelarea" și este drumul pe care pășesc educatorii și terapeuții. Revelarea implică descoperirea a ceva ce exista deja acolo. Însuși termenul „revelare" închide în sine conotații ample, contrastând cu alți termeni care descriu procesul terapeutic – de pildă, „reconstrucție", „decondiționare", „modelare comportamentală" sau „reeducare".

Individul îl ajută pe celălalt să se reveleze nu prin instruire, ci prin „întâlnire", prin „dialog existențial"[31] Terapeutul nu e un regizor, un formator, ci un „facilitator".[32] De o manieră analogă, Heidegger vorbește despre două moduri diferite ale grijii sau ale „grijii-pentru–celălalt".* Un individ poate „sta" în locul altuia – un mod de raportare asemănător impunerii – și astfel să-l elibereze pe celălalt de angoasa confruntării cu existența (și prin aceasta să-l reducă pe celălalt la o existență inautentică). De asemenea, in-

* În altă parte în această carte, am menționat cercetări empirice, dar, de obicei, de o manieră extrem de selectivă și cu multă precauție. Fie cercetarea era sumară, slab concepută sau executată, fie avea o relevanță îndoielnică pentru grija existențială în discuție. Nici în problema relației terapeut–pacient nu voi cita toată literatura de cercetare, însă pentru un alt motiv: cantitatea prea mare de investigații empirice de calitate care documentează importanța crucială a relației.

 dividul poate „sta în fața" sa (o expresie nu întru totul satisfăcătoare) și să-l „elibereze" pe celălalt, confruntându-l cu propria-i situație existențială.

În rezumat, terapeutul se raportează la pacient de o manieră autentică și caracterizată prin grijă, încercând să obțină momente de întâlnire autentică. Terapeutul trebuie să fie lipsit de egoism în această încercare – altfel spus, să fie preocupat de dezvoltarea pacientului, și nu de necesitățile personale. Grija terapeutului trebuie să fie indestructibilă și independentă de o eventuală grijă reciprocă a pacientului. Terapeutul trebuie să se arate capabil să fie atât cu el însuși, cât și cu pacientul, iar prin aceasta să aibă aptitudinea, în grija-i, să intre în lumea pacientului și să trăiască experiențele acestuia din urmă. Aceasta cere terapeutului să abordeze pacientul fără presupoziții, să se concentreze asupra proiectului de a împărtăși experiența pacientului, fără a se grăbi să-l judece sau să-i aplice stereotipuri.

Multe din aceste aspecte ale relației terapeutice au fost descrise de Rogers și colaboratorii său prin intermediul triadei caracteristice terapeutului – empatie, autenticitate, atitudine pozitivă și necondiționată. Un număr important de date empirice indică faptul că respectivele caracteristici favorizează un rezultat pozitiv al terapiei. Principala mea observație cu privire la caracterizarea comportamentului terapeutului e că relația, în pofida sublinierilor lui Rogers că trebuie să fie autentică și extrem de personală*, este prezentată adesea ca o tehnică, drept ceva ce terapeutul *face*. De aceea, există manuale tehnice care învață viitorii terapeuți metode cu privire la empatie, autenticitate și atitudine pozitivă. Când pentru un terapeut existențial tehnica devine capitală, totul este pierdut, deoarece chiar esența unei relații autentice e una care nu manipulează, ci îl ia în considerare pe celălalt cu toată ființa sa.

Diagnosticul. Mulți terapeuți au dificultăți în a se raporta autentic la pacient din cauza presupozițiilor și stereotipurilor. Educația terapeuților pune accentul pe diagnostic și clasificare; sunt învățați să transforme pacienții în obiecte, să ajungă la un număr de cod APA (Asociația Psihiatrilor Americani) care se atașează pacientului devenit un simplu „caz" care e trecut în formularul de asigurat. Și într-adevăr, niciun terapeut nu poate nega că evaluarea își are rostul ei în vederea diagnozei. De pildă, e nevo-

* Heidegger distinge între grija pentru lucruri („preocupare") și grija pentru *Dasein*-uri, altfel spus, pentru ființări constitutive („grija-pentru-celălalt").[33]

ie câteodată să se vadă dacă pacientul suferă de o boală organică sau a ingerat o substanță care îi afectează starea psihică. E nevoie să se știe dacă pacientul suferă de tulburări afective de origine biochimică (de pildă, depresie endogenă sau tendințe maniaco-depresive), care necesită tratament farmacologic.

Chiar dacă o suferință psihică este în principal funcțională, terapeutul trebuie să facă alte determinări grosolane. E suferința suficient de severă (de exemplu, tulburări sociopate grave sau o schizofrenie paranoidă sistematizată) pentru a-i reduce drastic șansele de a beneficia de pe urma psihoterapiei? Din motive evidente, tendințele destructive ale pacientului (îndreptate către sine și către alții) vor trebui și ele evaluate. Chiar mai mult, terapeutul poate determina fragilitatea pacientului și abilitatea sa de a tolera apropierea, ceea ce va furniza indicații importante pentru ritmul terapiei.

Dincolo de aceste determinări relativ grosolane, care slujesc unui triaj inițial, anumite distincții mai „fine" cu intenție diagnostică nu doar că sunt de ajutor redus terapeutului, dar adesea interferează cu închegarea relației. Formulările complicate ale diagnosticelor psihanalitice ale dinamicii psihosexuale sunt de puțin ajutor în cadrul curei și, în măsura în care obstrucționează ascultarea autentică, reprezintă un obstacol. Deși, pentru a da un exemplu, unele sau majoritatea „personalităților isterice" prezintă anumite tipare comportamentale specifice și sunt afectate de conflicte dinamice comune, nu e cazul cu toate. Formulele standard de diagnostic nu spun nimic terapeutului despre unicitatea persoanei din față; și există date substanțiale că etichetele aplicate ca diagnostic împiedică sau distorsionează ascultarea.[35] Mult prea adesea categorizarea aferentă diagnosticului este un exercițiu intelectual interesant, al cărui unic interes e de a furniza terapeutului un sentiment de ordine și control. Sarcina importantă a terapeutului care se maturizează este să învețe să tolereze incertitudinea. E nevoie de o schimbare de perspectivă: în loc să tindă să pună ordine în „materialul" generat de interviu sub forma unui eșafodaj intelectual coerent, terapeutul trebuie să tindă spre o interacțiune autentică.

Autodezvăluirea terapeutului. Un terapeut care vrea să-și cunoască pacientului trebuie să facă mai mult decât să observe și să asculte; el va trebui să aibă experiența deplină a pacientului. Însă o experiență deplină a celuilalt cere deschiderea către acesta; interacțiunea deschisă și onestă cu

 celălalt oferă experiența celuilalt pe măsură ce acesta reacționează în cadrul interacțiunii.

Concluzia că terapeutul care vrea să construiască o relație cu pacientul trebuie să se autodezvăluie nu poate fi evitată. Terapeutul eficace nu poate rămâne detașat, pasiv și ascuns. Revelarea de sine a terapeutului este parte integrantă din procesul terapeutic. Însă ce anume poate să inducă autodezvăluirea terapeutului? Probleme în viața personală? *Orice* sentiment avut față de pacient? Plictisul? Oboseala? Prețiozitatea? Strategiile terapeutice inteligente? Din acest punct de vedere, există vreo deosebire între terapeut și un prieten bun?

Probleme cu adevărat supărătoare! Sunt chestiuni ce nu au fost niciodată examinate în primele decenii ale practicii psihoterapeutice, întrucât se stabilise din primele momente ale mișcării psihanalitice că terapeutul trebuie să păstreze o distanță emoțională și o obiectivitate demne de un chirurg care studiază rece un organ bolnav. Pacienții dezvoltă sentimente intense față de terapeut, atenționa Freud, însă terapeuții trebuie să fie pregătiți și să suprime sentimentele calde. Terapeuții trebuie să realizeze că sentimentele puternice ale pacienților sunt „rezultatul inevitabil al unei situații medicale, la fel cum sunt dezgolirea trupului unui bolnav sau comunicarea unui secret de importanță vitală".[36]

De ce terapeutul trebuie să fie atât de strict în răceala rolului său? Înainte de toate, sugera Freud, terapeutul care nu mai e „obiectiv" își va pierde controlul asupra situației și se va lăsa purtat de dorințele pacientului, în loc să fie atent la ce are de fapt nevoie pacientul:

> *Pacienta și-ar atinge scopul,* iar *el niciodată. Între medic și pacientă s-ar juca din nou ceea ce povestește o anecdotă despre pastor și agentul de asigurări. La cererea rudelor, la un agent de asigurări necredincios și grav bolnav vine un pastor, care trebuie să îl convertească înainte de moarte. Conversația a durat atât de mult timp, încât cei care așteptau și-au epuizat răbdarea. În fine, se deschide ușa la camera bolnavului. Necredinciosul nu a fost convertit,* dar *pastorul a plecat acasă asigurat.*[37]

Prin urmare, în opinia lui Freud, dacă terapeutul se deschide către pacienți și se implică într-o relație umană normală, își sacrifică obiectivitatea, deci eficacitatea. Un al doilea argument în favoarea opacității terape-

utului pornește de la ideea că transferul reprezintă elementul-cheie al psihoterapiei. Freud credea, după cum o cred încă majoritatea psihanaliștilor și astăzi, că analiza transferului este sarcina de căpătâi a terapeutului. Așa cum am discutat deja, pentru Freud transferul era o reprezentare vie a experiențelor din primii ani ai pacientului, din epoci mult prea vechi pentru a fi pe deplin accesibile aducerii aminte. Astfel, observând, înțelegând și ajutând pacientul să se gândească la transfer (mai precis, să-l resimtă, să-i recunoască inactualitatea și să descopere sursele infantile ale sentimentelor din cadrul său), terapeutul aduce la lumină cele mai profunde straturi ale experienței de viață a individului.

Dat fiind rolul-cheie al transferului, terapeutul va trebui să-i favorizeze dezvoltarea. Cu cât adevărata persoană a terapeutului transpare mai puțin, cu atât mai ușor transferă pacientul asupra sa sentimentele din alte sfere. Este desigur rațiunea ce motivează rolul tradițional de „ecran alb" al terapeutului, ca și poziționarea în încăpere, unde analistul rămâne în spatele canapelei și în afara razei vizuale a pacientului. Această interdicție formulată la adresa psihanalistului care e limitat în manifestările sale a facilitat timp de două generații menținerea unei tehnici terapeutice care se împotrivea întâlnirii autentice între pacient și terapeut, recomandând în schimb ca terapeutul să funcționeze înainte de toate ca un interpret.

Chiar unii dintre primii teoreticieni au fost în dezacord cu această perspectivă asupra rolului terapeutului. Sandor Ferenczi, unul dintre primii și cei mai loiali discipoli ai lui Freud, a susținut că o atitudine detașată și omniscientă interferează cu eficacitatea terapiei. Mai ales în ultimii săi ani, Ferenczi și-a recunoscut deschis failibilitatea în fața pacienților. De exemplu, ca răspuns la critici justificate, el nu s-a ferit să spună: „Cred că probabil ai ajuns într-o zonă în care nu sunt întru totul stăpân pe situație. Aș fi bucuros să mă ajuți să văd ce nu-i în regulă cu mine".[38]

Totuși, de regulă, problema relației reale – adică a „nontransferului" – nu a apărut în discuțiile din literatura psihiatrică decât abia în anii '50. (Trecerea în revistă amplă efectuată de Ralph Greerson și Milton Wexler citează[39] doar două studii de dinainte de 1950.) În 1954, într-o discuție informală asupra transferului, Anna Freud a comentat:

Cu tot respectul cerut de abordarea și interpretarea cea mai strictă a transferului, simt totuși că ar trebui să lăsăm pe undeva loc pentru înțelegerea faptului

că și analistul, și pacientul sunt oameni în carne și oase, cu un statut egal de adulți, aflați într-o relație personală unul față de celălalt. Mă întreb dacă neglijarea uneori completă a acestui aspect nu e cumva responsabilă pentru unele din reacțiile ostile ale pacienților, reacții pe care le putem pune doar pe seama „transferului autentic". Însă aceste gânduri sunt subversive din punct de vedere tehnic și vor trebui tratate cu precauție.[40]

Greenson și Wexler au indicat în 1969 persistența perspectivei analitice tradiționale asupra problemei:

Deși în cercurile analitice nu se mai aud dezbateri elaborate cu privire la faptul dacă e un păcat de moarte să oferi o batistă de hârtie unui pacient care plânge recenta moarte a unui părinte, încă e extrem de suspect să îți îngădui să-ți tratezi pacientul cu un dram de bunătate.[41]

Deși Greenson și Wexler au pledat pentru o relație mai umană între terapeut și pacient, cred că au făcut-o pornind de la temeiuri greșite. În discuția lor asupra neajunsurilor detașării excesive a terapeutului, aceștia afirmă:

Poate că ar trebui să realizăm într-o mai mare măsură că anonimitatea persistentă, ca și arterioscleroza afectivă prelungită pot fi la un moment dat seducătoare pentru terapeut, însă, în general, cu prețul unui ireversibil și neinterpretabil transfer ostil însoțit de alienare.[42]

Astfel, acești analiști au cerut terapeutului să se implice mai mult din rațiuni tehnice: pentru a evita ca transferul să nu devină incapabil de gestionat și pentru a-i facilita analiza.*

---

* Din întâmplare, citatul conține o frază curioasă: „arterioscleroza afectivă poate fi la un moment dat seducătoare". Presupun că enunțul vrea să spună că e mai ușor, necesitând investirea unei energii mai reduse din partea terapeutului, ca el să rămână neimplicat din punct de vedere emoțional. Posibil, însă terapeuții plătesc un preț uriaș, deoarece și ei devin insensibili. Un alt pericol profesional pentru terapeuți constă în utilizarea întâlnirilor cu pacienții pentru a evita confruntarea și integrarea propriei izolări. Fără o astfel de integrare, unii terapeuți nu dezvoltă autonomia necesară pentru a se implica în relații afectuoase, care să le ofere gratificații, iar viețile lor devin un staccato de întâlniri intense, dar limitate la cincizeci de minute.

Pentru a rezuma, concentrarea exclusivă pe transfer împiedică terapia, deoarece pune obstacole în calea unei relații autentice între terapeut și pacient. În primul rând, acest fapt negă realitatea relației terapeut–pacient, deoarece o consideră a fi numai o cheie pentru înțelegerea unor relații mai importante. În al doilea rând, ea furnizează terapeutului o rațiune pentru disimularea elementelor legate de propria persoană care interferează cu capacitatea de a relaționa de o manieră deschisă cu pacienții. Înseamnă oare aceasta că terapeutul care își păstrează neclintit poza detașată, obiectivă, „pur interpretativă" față de pacienți e ineficace sau distructiv? Cred că din fericire astfel de terapeuți și astfel de cure sunt extrem de rare. Tocmai aici devin importante „ingredientele" de care vorbeam: în pofida a ce fac și cred, terapeuții se raportează extrem de omenește la pacient în momente ce scapă consemnării.

Care sunt celelalte obiecții aduse autodezvăluirii terapeutului? Unii terapeuți se tem că, dacă vor întredeschide ușa, pacienții o vor forța și vor cere mai multe confesiuni. Experiența mea personală arată că temerea e neîntemeiată. Simt adesea că e important să-i comunic pacientului sentimentul pe care îl am pe moment. Doar arareori găsesc necesar sau foarte util să dau în vileag mai multe detalii din trecutul meu personal sau din viața mea de acum. Nu am găsit aproape niciodată pacienți care să crească pretențiile. Dorința pacientului nu e ca terapeutul să fie dezbrăcat, ci ca terapeutul să se raporteze la el ca la o persoană și să fie prezent pe deplin în întâlnire.

Cât de mult trebuie dezvăluit? Care sunt liniile directoare? E important să ținem seama că scopul cel mai important e relaționarea autentică. Una dintre caracteristicile uimitoare ale „erosului psihoterapeutic" este grija pentru creșterea celuilalt. Rollo May propunea termenul grec *agape* sau latinul *caritas* – o dragoste care vizează bunăstarea celuilalt. E important așadar ca dezvăluirile terapeutului să fie puse în serviciul dezvoltării pacientului. Exprimarea propriei persoane, onestitatea completă sau spontaneitatea terapeutului pot fi virtuți în sine, dar fiecare sunt secundare în raport cu statutul suprem deținut de *agape*. Prin urmare, terapeutul trebuie să țină pentru el anumite lucruri, să nu spună nimic ce ar putea dăuna pacientului, să respecte principiul temporizării și decidă în funcție de ritmul terapiei ce anume pacientul este pregătit sau nu să asculte.

Se întâmplă ca principiul moderației să se aplice și altei obiecții aduse implicării persoanei reale a terapeutului într-o relație cu pacientul: pierderea obiectivității de către terapeut, respectiv excesele și comportamentele iresponsabile ce decurg de aici. Poate excesul cel mai flagrant este cel al terapeutului care, în calitate de „persoană reală", are o legătură sexuală cu pacientul. Am cunoscut mulți pacienți care avuseseră o relație sexuală cu terapeutul. Impresia care mi-a rămas e că experiența e fără excepție distructivă pentru pacient și că invariabil terapeutul violează principiul lui *agape* – dragostea pentru ființa (și devenirea) celuilalt. Astfel de terapeuți nu pun înainte nevoile pacientului, ci pe cele proprii, oferind raționalizări jalnic de transparente, cum ar fi nevoia de afirmare sexuală a pacientului. Încă nu am auzit de vreun terapeut care să fi avut o relație cu cineva care are realmente nevoie de afirmare sexuală – altfel spus, cineva care este extrem de neatractiv, e diform sau mutilat chirurgical.

Un alt motiv pentru ca terapeutul să rămână ascuns este teama că autodezvăluirea va expune vederii neconcordanțele din situația terapeutică despre care am vorbit ceva mai sus: prețul ședințelor, ora de cincizeci de minute, agenda încărcată a terapeutului. Va ridica oare pacientul întrebări ca: „Mă iubești?", „Dacă-ți pasă cu adevărat de mine, m-ai primi dacă nu aș avea bani?", „E terapia în realitate o relația cumpărată?" E adevărat că astfel de întrebări se apropie periculos de mult de marele secret al psihoterapeutului, care e că întâlnirea cu pacientul joacă un rol minor în viața terapeutului, per ansamblu. Ca în piesa de teatru al lui Tom Stoppard, *Rosencrantz și Guildenstern sunt morți*, o figură-cheie dintr-o operă dramatică devine o umbră în culise din momentul în care terapeutul intră într-o altă piesă. Negarea statutului special este unul dintre cele mai crude adevăruri și unul dintre cel mai prost păstrate secrete ale terapiei: pacientul are un terapeut, terapeutul mai mulți pacienți. Terapeutul este mult mai important pentru pacient decât pacientul pentru terapeut. În opinia mea, există doar un răspuns pe care terapeutul îl poate acorda unor astfel de întrebări venite din partea pacienților: că atunci când terapeutul este cu un pacient, el este în întregime cu pacientul; terapeutul se străduiește să-i ofere întreaga sa prezență celuilalt. Din acest motiv, am subliniat mai devreme importanța momentului întâlnirii nemijlocite. În paralel, terapeutul trebuie să știe că, deși scopul trebuie să fie întâlnirea deplină, el nu poate relaționa continuu pe acel nivel (să ne amintim spusa lui Buber: „Nu

se poate trăi prezentul pur și simplu, el l-ar devora pe cel care n-ar avea prevederea de a-l depăși repede și total"[43]), dar trebuie ca, pe parcursul orei, să se întoarcă la interacțiunea deplină în momentul prezent.

Ascult o pacientă. Bate câmpii continuu. Pare neatrăgătoare din toate punctele de vedere – fizic, intelectual, emoțional. E iritantă. Are multe gesturi dezgustătoare. Nu vorbește cu mine; vorbește în fața mea. Și totuși, cum ar putea să-mi vorbească dacă nu sunt acolo? Cad pe gânduri. Îmi dă dureri de cap. Câte e ora? Cât timp a mai rămas? Mă dojenesc brusc. Încerc să îmi reașez gândurile. De câte ori mă gândesc la cât timp a mai rămas din oră, știu că păcătuiesc în fața pacientului. Încerc atunci să o ating cu gândurile mele. Încerc să înțeleg de ce o evit. Cum e în lumea sa în astfel de momente? Care sunt experiențele sale provocate de persoana mea? Îi pun aceste întrebări. Îi spun că, în ultimele minute, mă simțisem distant față de ea. A simțit și ea la fel? Vorbim despre asta și încercăm să ne dăm seama de ce am pierdut contactul. Brusc, suntem foarte apropiați. Ea nu mai e neatractivă. Simt multă compasiune pentru persoana sa, pentru ce este, pentru ce mai poate fi. Ceasul se grăbește; ora se termină prea repede.

PARTEA A IV-A

LIPSA DE SENS

Lipsa de sens

Imaginați-vă un grup fericit de cretini care muncesc. Cară cărămizi pe un câmp deschis. În momentul în care au terminat de pus cărămizile una peste alta la un capăt al câmpului, încep să le transporte la capătul opus. Asta continuă fără încetare și, câte zile are anul, ei sunt ocupați cu același lucru. Într-o zi, unul dintre cretini se oprește pentru suficientă vreme ca să se întrebe ce face. Își pune problema scopului pentru care cară acele cărămizi. Iar din acel moment nu mai e la fel de fericit cu ocupația sa cum fusese înainte.
Cretinul care se întreabă de ce cară cărămizile sunt eu.[1]

Acest bilet de adio al unui sinucigaș, ultimele cuvinte scrise de un suflet disperat deoarece nu găsea niciun sens în viață, poate fi o introducere dezolantă la o problemă, care este realmente o chestiune de viață și moarte.

Întrebarea îmbracă mai multe forme: Care e sensul vieții? Care e sensul vieții *mele*? *De ce* trăim? *De ce* suntem aici? *Cum* să trăim? Dacă trebuie să murim, dacă totu-i trecător, ce sens are totul?

Puțini indivizi au fost la fel de torturați de astfel de întrebări ca Lev Tolstoi, care, o bună parte din viața-i lungă, s-a luptat cu lipsa de sens. Experiența sa (din *Spovedania,* un fragment autobiografic) va oferi punctul de plecare al investigației noastre:

Cu cinci ani în urmă, a început să se întâmple cu mine ceva cât se poate de bizar: asupra mea au început să se abată clipe, inițial de nedumerire, de stagnare a vieții, de parcă n-aș mai fi știut cum să trăiesc, ce să fac (...) Aceste pauze de viață se exprimau întotdeauna prin întrebări similare: De ce? Ei bine, și pe urmă? (...) Dar tot mai des întrebările au început să se repete, tot mai in-

sistent și mai insistent pretindeau ele răspunsuri și, ca niște picături căzute mereu în unul și același loc, întrebările acestea fără de răspuns s-au strâns într-o pată neagră.[2]

În timpul acestei crize a sensului sau, cum o numea, „pauză a vieții", Tolstoi s-a întrebat asupra rostului a tot ce face. Care era scopul, se întreba, pentru care își administrează moșia sau își educă fiul? „Ei bine, voi avea 6 000 de deseatine în gubernia Samara, 300 capete de aici, și pe urmă?"[3] Se întreba chiar de ce trebuie să scrie: „Gândindu-mă la faima pe care mi-ar aduce-o lucrările mele, îmi ziceam: „Foarte bine, vei fi mai renumit decât Gogol, Pușkin, Shakespeare, Molière, decât toți scriitorii din lume – ei și, ce-i cu asta! ... Și nu eram în stare să răspund nimic, nimic".[4]

Odată cu disoluția sensului, Tolstoi a avut experiența disoluției bazelor pe care era clădită viața sa: „Viață nu era, pentru că nu existau acele dorințe a căror satisfacere aș fi putut să o consider ca fiind rațională. Dacă doream ceva anume, știam dinainte că, indiferent dacă-mi satisfac sau nu dorința, din acest lucru nu va ieși nimic. (...) Adevărul era că viața e o absurditate. De trăit – parcă trăiam, de umblat – parcă umblam, dar ajunsesem la o prăpastie și vedeam limpede că în fața mea nu-i decât moartea".[5]

La cincizeci de ani, Tolstoi a fost extrem de aproape de sinucidere:

> *Întrebarea mea, care la cincizeci de ani mă împingea spre sinucidere, era cea mai simplă întrebare, sălășluind în sufletul oricărui om – de la copilul prostuț până la moșneagul înțelept – întrebarea aceea fără de care viața e imposibilă, așa cum am și resimțit-o eu de fapt. Întrebarea e următoarea: „Ce va rezulta din ceea ce întreprind eu acum, ce voi face eu mâine – ce va rezulta din întreaga mea viață?" Formulată altfel, întrebarea ar fi aceasta: „De ce să trăiesc, de ce să doresc ceva anume, de ce să fac ceva anume?" Și întrebarea ar mai putea fi exprimată și astfel: „Are viața mea un sens care să nu se distrugă inevitabil odată cu viitoarea mea moarte?"*[6]

Lui Tolstoi i se alătură o mulțime de alți oameni care au avut experiența unei crize a sensului, un tulburător „blocaj al vieții". Albert Camus, pentru a cita un alt exemplu, susținea că singura problemă filosofică serioasă e dacă să mai trăiești sau nu în momentul în care lipsa de sens a vieții omenești a fost pe deplin înțeleasă. El spunea: „Am văzut mulți oameni

murind din cauză că pentru ei viața nu mai merita trăită. De aici trag concluzia că sensul vieții e cea mai presantă problemă".[7]

Câți pacienți care suferă de maladia lui Tolstoi recurg la terapie? Deși nu există studii statistice riguroase și ample, mulți clinicieni cu experiență care sunt sensibili la problema lipsei de sens spun că respectivul sindrom este foarte frecvent. C.G. Jung, de pildă, era de părere că lipsa de sens inhibă împlinirea vieții și „de aceea e echivalentă maladiei"[8]. El scria: „Absența sensului în viață joacă un rol crucial în etiologia nevrozei. O nevroză trebuie înțeleasă în ultimă instanță ca o suferință a sufletului care nu și-a descoperit sensul... Cam o treime din cazurile mele nu suferă de nicio nevroză care să poată fi definită clinic, ci de o lipsă de sens și scop în viață".[9]

Viktor Frankl susținea că 20 la sută din nevrozele pe care le-a întâlnit în activitatea clinică sunt „noogenice" – altfel spus, derivă din lipsa sensului în viață. Concluziile lui Frankl se bazează pe propriile impresii clinice și pe studii statistice, care din păcate, au rămas nepublicate.[10] Criza lipsei de sens care nu s-a cristalizat într-un tablou simptomatic nevrotic distinct (o „criză existențială") e chiar mai frecventă, intervenind, potrivit lui Frankl, în cazul a mai mult de jumătate din pacienții dintr-un spital vienez. În plus, Frankl, care și-a dedicat cariera studiului abordării existențiale a terapiei, se pare că a ajuns la concluzia că absența sensului reprezintă *chiar* stresul existențial suprem. Pentru el, nevroza existențială e sinonimă cu criza sensului.

Și alți psihoterapeuți au împărtășit această perspectivă. Salvatore Maddi, de exemplu, în superbul său eseu pe tema căutării sensului, susține că „boala existențială" provine dintr-un „eșec de proporții în căutarea unui sens în viață".[11] Maddi descrie o „nevroză existențială", în care fiecare componentă cognitivă constă într-o „lipsă de sens sau o inabilitate cronică de a crede în adevărul, importanța, utilitatea sau valoarea de interes a oricărui lucru cu care individul interacționează sau se imaginează a interacționa".[12] Benjamin Wolman definește nevroza existențială în același mod: „Eșecul de a găsi un sens în viață, sentimentul că nu există nimic pentru care merită să trăiești, nimic pentru care să lupți, nimic să speri... incapacitatea de a găsi un scop sau o direcție în viață, sentimentul că dincolo de *transpirația* muncii, nu există nimic pentru care merită să *aspiri*".[13] Nicholas Hobbs e de acord: „Cultura contemporană produce adesea un tip de

 nevroză diferită de cea descrisă de Freud. Nevroza contemporană e caracterizată nu atât de refulare și conversie... nu de lipsa de înțelegere, ci de lipsa unui sentiment al finalității, al sensului, de sens al vieții."[14]

Deși astfel de impresii clinice nu reprezintă dovezi solide, ele sugerează cu siguranță că problema sensului vieții e una semnificativă, cu care terapeutul se confruntă frecvent în activitatea clinică de zi cu zi. Psihoterapia este copilul Iluminismului. În ultimă instanță, ea îmbrățișează scopul neabătut al autoexplorării. Terapeutul trebuie de aceea să accepte și să examineze chestiunile fundamentale; iar problema sensului, cea mai supărătoare și insolubilă dintre toate, nu trebuie să fie negată în cadrul curei. Nu se poate să avem o atenție selectivă în legătură cu ea, să ne ferim de ea, să o transformăm în ceva mai puțin important, dar mai ușor de gestionat. Însă unde învață terapeutul în cursurile pe care trebuie să le absolve despre dezvoltarea unui sentiment al sensului în viață, despre psihopatologia lipsei de sens sau despre strategiile psihoterapeutice ce pot ajuta pacienții aflați într-o criză a sensului?

Un număr mic de specialiști și-au pus aceste întrebări în opere informale sau în studii periferice, din afara teoriei și practicii terapeutice. Acest capitol îi va plasa pe acești teoreticieni neglijați în centrul atenției, aducând alături de ei pe filosofii și artiștii ale căror speculații asupra sensului vieții au o relevanță clinică. Pe parcursul istoriei, un răspuns satisfăcător la problema sensului vieții nu a putut fi oferit nici de cei mai mari gânditori. Nu e deci o surpriză că aceste pagini nu conțin nici soluția, nici măcar o sinteză satisfăcătoare din toate punctele de vedere a soluțiilor propuse. Ce voi încerca în schimb este să sensibilizez terapeutul la problema sensului vieții și să trec în revistă abordările importante din paginile altor autori. Sper ca, astfel, terapeutul, ajutat de cunoașterea unor cărări încercate și utile prin hățișul lipsei de sens, va fi o călăuză informată și creativă pentru pacientul prins într-o criză a sensului.

Problema sensului

Dilema noastră este dată de două propoziții, ambele adevărate, dar aparent într-o opoziție ireductibilă:

1. Ființa omenească pare a avea nevoie de sens. A trăi fără sens, scop, valori sau idealuri presupune o suferință considerabilă. O formă gravă a

acestei suferințe poate conduce la hotărârea de a-ți pune capăt vieții.
Frankl a remarcat că, într-un lagăr de concentrare, individul care nu dispunea de sentimentul sensului avea șanse mici de supraviețuire. După cum voi discuta mai jos, indivizii care se confruntă cu moartea sunt capabili de vieți „mai bune", trăiesc deplin și cu miez dacă au sentimentul finalității. Se pare că avem nevoie de absolut – de idealuri ferme la care să aspirăm și de linii directoare în funcție de care să ne ducem viața.

2. Și totuși, potrivit concepției existențiale despre libertate, expusă în capitolele 6 și 7, singurul adevăr absolut e că nu există absolut. Poziția existențială susține că lumea e contingentă, altfel spus, că tot ce este ar fi putut să fie altfel; că oamenii se constituie pe ei înșiși, își constituie lumea și situația lor din acea lume; că nu există „sens", plan cosmic sau linii directoare pentru viață, altele decât cele create de individul însuși.

Problema este așadar, în forma cea mai rudimentară, cea a modului în care o ființă care are nevoie de sens poate să găsească sens într-un univers lipsit de sens.

Sensul vieții

Definiții

„Sens" și „scop" au diferite conotații. „Sens" se referă la înțeles sau coerență. Este termenul general pentru ceea ce se vrea a fi exprimat. Căutarea sensului presupune căutarea coerenței. „Scop" se referă la intenție, țel, funcție. Când ne punem problema sensului a ceva, ne punem problema rolului sau funcției: Ce face? Ce țintește?

Totuși, în utilizarea lor convențională, „scopul" și „sensul" vieții sunt termeni folosiți interșanjabil, și de aceea îi voi trata ca sinonime. „Semnificație" este un alt termen înrudit. Folosit într-un anumit sens, „semnificație" are aceleași implicații ca și „sens"; folosit însă cu un altul, ne va induce în eroare, deoarece termenul se referă și la „importanță" sau „consecință".

„Care e sensul vieții?" e o întrebare ce vizează *sensul cosmic*, dacă viața în general sau, cel puțin, viața omului se încadrează într-un tipar general coerent. „Care e sensul vieții *mele*?" e însă o întrebare diferită, referin-

 du-se la ceea ce unii filosofi numeau „sensul pământesc".[15] Sensul pământesc („sensul vieții mele") face referire la scop: cei ce au un sentiment al sensului au o experiență a unei vieți înzestrată cu scop sau cu funcții care trebuie satisfăcute, un țel suprem sau țeluri cărora să te dedici.

Sensul cosmic implică existența unui plan extern, superior nouă, și se referă invariabil la o anumită ordine magică sau spirituală din univers. *Sensul pământesc,* după cum vom vedea, stă pe fundații complet seculare – altfel spus, individul poate avea sentimentul unui sens personal, fără să creadă într-un sistem al sensului cosmic.

Cei care posedă un sentiment al sensului cosmic au în general experiența unui sens pământesc corespunzător: propriul sens pământesc vine să împlinească sensul cosmic. De pildă, individul poate privi „viața" ca pe o simfonie în care fiecărei vieți individuale îi este oferit un rol pe care să-l joace. (Desigur, individul poate crede în sensul cosmic, dar să fie incapabil să-și priceapă propriul loc în marele plan, sau poate chiar simți că s-a comportat în așa fel încât și-a compromis poziția în planul cosmic; însă un astfel de individ suferă mai puțin din cauza unui sentiment al lipsei de sens, cât din cauza vinovăției personale sau a sentimentului decăderii.)

Sensul cosmic

În Occident, tradiția religioasă iudeo-creștină a oferit o schemă a sensului atotcuprinzătoare, bazată pe principiul că lumea și viața omului sunt parte dintr-un plan de origine divină. Justiția divină e unul din corolarele acestui postulat: dacă e trăită așa cum se cade, viața va fi răsplătită. Sensul vieții individului este hotărât de divinitate: sarcina fiecărei ființe omenești e să ia act și să ducă la îndeplinire voința lui Dumnezeu. Cum putem cunoaște acea voință? Abordarea fundamentalistă susține că sensul divin e conținut în cuvântul dumnezeiesc și că o viață virtuoasă trebuie să pornească de la o exegeză fidelă și literală a Scripturilor. Alții au certitudinea că individul trebuie să aibă credință, că nimeni nu are o cunoaștere certă, trebuind să se mulțumească doar cu indicii, presupuneri cu privire la sensul poruncit de Dumnezeu sau cu gândul că un simplu om nu poate avea speranța să pătrundă mintea lui Dumnezeu. „Ramura nu poate spera să afle sensul copacului", spunea Pascal în secolul șaptesprezece.[16] Victor Frankl explică acest punct de vedere printr-o comparație cu o maimuță

folosită în cercetarea medicală în vederea descoperirii unui ser eficient împotriva poliomelitei.[17] Maimuța are parte de multe dureri dar, datorită limitărilor cognitive, nu va fi niciodată capabilă să descopere sensul situației. La fel stau lucrurile, argumentează Frankl, și cu ființa umană, care nu poate spera să afle plenitudinea sensului din sfere care trec dincolo de puterea sa de înțelegere.

O altă perspectivă asupra sensului cosmic subliniază că viața omului trebuie să fie închinată scopului de a-l imita pe Dumnezeu. Dumnezeu este perfecțiune și, de aceea, scopul vieții e de a tinde spre perfecțiune. Printre variile tipuri de perfecțiune care pot fi căutate, Aristotel (și întreaga tradiție intelectual-rațională pe care a lansat-o) considera perfecțiunea intelectuală ca perfecțiune supremă. În termenii lui Aristotel, Dumnezeu este „Gândul care se gândește pe sine", iar individul se apropie de divinitate prin perfecționarea propriilor facultăți raționale. În secolul al doisprezecelea Maimonide, în *Călăuza rătăciților*, a descris patru modalități comune de a tinde către perfecțiune.[18] El a respins-o pe prima, perfecțiunea posesiunii fizice, deoarece e imaginară și trecătoare; iar pe a doua, perfecțiunea corpului, a înlăturat-o deoarece nu diferențiază între om și animal. Pe cea de-a treia, perfecționarea morală, a găsit-o demnă de laudă, dar limitată, deoarece ajuta pe ceilalți, și nu propria persoană. Cea de-a patra, perfecțiunea rațională, a fost considerată „adevărata perfecțiune umană" prin care „omul devine om". Această perspectivă este scopul ultim ce permite ființei omenești să-l înțeleagă pe Dumnezeu.

Sensul cosmic pe care viziunea religioasă asupra lumii îl aduce cu ea permite un număr important de interpretări asupra scopului vieții individuale – unele doctrinare, altele extrem de creative. În secolul trecut, de exemplu, Jung a avut o abordare extrem de religioasă, fiind de părere că nimeni nu poate fi vindecat sau ajutat să găsească un sens dacă nu-și recapătă perspectiva religioasă.[19] Punctul de vedere al lui Jung asupra scopului vieții individuale era că el trebuie să completeze creația lui Dumnezeu:

> *Omul este indispensabil pentru desăvârșirea creației, ba, mai mult, el este de fapt cel de-al doilea creator al lumii, abia el dă lumii ființa obiectivă, fără de care lumea s-ar derula spre un sfârșit nedefinit – neauzită, nevăzută, devorând în tăcere, născând, murind, tot dând din capete prin sute de milioane de ani, prin noaptea cea mai adâncă a neființei.*[20]

 Ideea lui Jung că ființa omenească întregește creația și că „își pune amprenta perfecțiunii asupra ei" e o concluzie la care au ajuns și alții. Înaintea sa, Hegel a scris că „fără de lume, Dumnezeu nu e Dumnezeu... Dumnezeu e Dumnezeu doar în măsura în care se cunoaște pe sine, iar cunoașterea sa de sine e conștiință de sine într-un om și în cunoașterea de către om a lui Dumnezeu".[21] Sau poetul Rilke în secolul XX:

Ce-ai să te faci, Doamne, dacă mor? Dacă mă sfarm? (îți sunt urcior).
Dacă mă stric? (și băutură-ți sunt).
Sunt meșteșugul tău și-al tău veșmânt,
Cu mine rostul tău dispare.[22]

Gândul acesta se regăsește într-un comentariu provocator al lui Thomas Mann: „Chiar din momentul în care viața a apărut din materia anorganică, scopul final era omul. Odată cu el, se inițiază un experiment grandios, al cărui eșec ar însemna eșecul creației înseși... Indiferent dacă lucrurile stau așa sau nu, ar fi mai bine pentru om să se comporte ca și cum acesta ar fi adevărul".[23]

Ideea lui Mann că „scopul final era omul" formează nucleul sistemului lui Pierre Teilhard de Chardin, teolog din secolul XX, care a formulat o sinteză evoluționistă în remarcabila sa carte, *Fenomenul uman*.[24] Prin legea sa, a „complicării controlate", Teilhard de Chardin a sugerat că există o coerență cosmică: viața e o unitate, întreaga lume vie e „un unic organism uriaș"* care, datorită direcției prestabilite, pornește pe calea unui proces evolutiv. Întreaga evoluție este un proces ortogenetic și, la fel cum factorii dintr-un organism individual aflat în dezvoltare determină rezultatul final al acestei dezvoltări, factori predeterminați influențează rezultatul final al procesului evoluționar cosmic – un proces menit să aibă la capăt o ființa umană aflată într-o stare de iubire absolută și uniune spirituală.

În sistemul lui Teilhard de Chardin fiecare individ, întrucât își are un rol în aventura comună, dobândește un sentiment personal al sensului: „Deși

* Ideea lumii ca un organism unic a fost o perspectivă asupra lumii susținută de multe culturi primitive și a fost dominantă în Europa occidentală până în secolul al șaisprezecelea. Această schemă a sensului cosmic a furnizat un sentiment al sensului pământesc ferm și funcțional, deoarece fiecare om afla de la naștere că face parte dintr-o unitate mai vastă și trebuie să-și ducă viața spre binele megaorganismului.[25] De aceea, în secolul al șaisprezecelea, Alexander Pope putea să proclame în *Essay on Man* [*Eseul despre om*] că „răul parțial e în vederea binelui universal".[26]

doar o mică parte dintre cei care încearcă să urce pe culmile realizărilor omenești ajung în apropierea vârfului, e necesar să existe o mulțime de cățărători. În caz contrar, vârful ar fi în pericol de a nu mai fi escaladat de nimeni. Mulțimea oamenilor rătăciți și uitați nu a trăit fără rost, câtă vreme a făcut efortul de a urca."[27] De aceea, se poate vorbi de o intrare comună pe un tărâm supraumam. „Porțile viitorului sunt deschise unui grup care merge în direcția în care toți membrii se pot reuni și pot atinge împlinirea într-o primenire spirituală a Pământului."[28]

Sensul personal secular

Sensul personal și absența sensului cosmic. Ființele omenești sunt foarte liniștite atunci când cred în existența unor tipare supraordonate și coerente pentru viață și că fiecare individ are un anumit rol de jucat în acel plan. Individului nu numai că i se oferă un scop și un rol, dar și un set de linii directoare pentru propria viață. Perspectivele cosmice religioase au constituit o piesă importantă din sistemul de credințe din lumea occidentală până cu aproximativ trei sute de ani în urmă. De atunci, aceste perspective au tot cedat teren odată cu începerea asaltului atitudinii științifice incipiente și ca urmare interogațiilor kantiene asupra problemei existenței unei realități obiective determinate. Cu cât era pusă mai mult sub semnul întrebării existența a ceva mai presus de om – fie a supranaturalului, fie a unui absolut abstract –, cu atât devenea mai dificil ca ființa umană să adopte un sistem al sensului cosmic.

Însă sistemele de sens nu pot fi abandonate fără a se pune ceva în loc. Poate putem trece cu vederea răspunsul la întrebarea „De ce trăim?", însă nu e ușor să lăsăm deoparte întrebarea „Cum trebuie să trăim?" Oamenii laici moderni au sarcina de a-și găsi direcția în viață fără un far călăuzitor. Cum poate individul să-și construiască propriul sens, un sens suficient de solid pentru a sta la temelia propriei vieți?

Sensul într-o lume absurdă: Camus și Sartre. Aș dori să încep prin a examina concepția lui Albert Camus și a lui Jean-Paul Sartre, doi dintre cei mai importanți gânditori care au creionat amintirea secolului XX în tabloul lipsei de sens. Ce răspuns au oferit ei problemei sensului vieții?

Camus a folosit termenul de „absurd" pentru a se referi la situația fundamentală a ființei omenești în lume – condiția nefericită a unei ființe

 transcendente, aflată în căutarea sensului, care trebuie să trăiască într-o lume lipsită de sens. Camus spunea că suntem creaturi morale, care au nevoie ca lumea să le pună la dispoziție un temei pentru judecățile morale – adică un sistem de sens care să confere și un tablou al valorilor. Însă lumea nu ne oferă unul: e cu totul indiferentă față de noi. Tensiunea între aspirația omenească și indiferența lumii e ceea ce Camus numea condiția umană absurdă.[29]

Ce-i de făcut? Nu mai există repere? Nici valori? Nici corect și incorect? Există bine sau rău? Dacă nu există adevăruri absolute, atunci nimic nu e mai important decât altceva, iar totul e indiferent. În romanele sale, *Moartea fericită*[30] și *Străinul*[31], Camus a descris indivizi ce trăiesc într-o stare de nihilism valoric. Meursault din *Străinul* există în afara lumii morale: „Mi-e indiferent", declară el repetat. Merge la înmormântarea mamei sale, face sex, muncește și omoară un arab pe plajă în aceeași stare de indiferență profundă.

Mai înainte, în eseul său *Mitul lui Sisif*, Camus a explorat tensiunea dintre nihilism și obligațiile etice, începând să elaboreze treptat un set de repere pentru viață. Noua sa perspectivă postulează că ne putem construi un nou sens al vieții prețuind „nopțile disperate", privind drept în vârtejul lipsei de sens și plasându-ne în situația unui nihilism eroic. În opinia lui Camus, ființa umană se poate ridica la înălțimea care îi stă în putere doar trăind demn în fața absurdului. Indiferența lumii poate fi depășită prin revoltă, o revoltă mândră împotriva propriei condiții. „Spectacolul orgoliului uman este inegalabil", iar omul „prin conștiința și revolta sa de fiecare zi, depune mărturie despre singurul său adevăr: sfidarea."[32]

Ideile lui Camus au fost modelate și de al Doilea Război Mondial, în timpul căruia a activat în cadrul rezistenței franceze, gândindu-se la revolta autentică împotriva absurdului ca la o revoltă fraternă – o revoltă în numele solidarității omenești. În romanul său *Ciuma*, Camus a descris mai multe reacții la ciumă (în carte este vorba literalmente despre o ciumă, dar care e și o metaforă pentru ocupația nazistă a Franței și, dincolo de ea, pentru orice formă de injustiție și inumanitate).[33] Personajul care întruchipează probabil cel mai bine imaginea idealizată de sine a autorului este doctorul Rieux, luptătorul neobosit împotriva ciumei, care reacționează întotdeauna cu curaj, energie, dragoste și înțelegere profundă pentru nenumăratele victime ale ciumei.

În rezumat, Camus a avut ca punct de plecare nihilismul, unde s-a întâlnit cu disperarea în fața lipsei de sens (a lipsei de scop și valori) din lume – pentru a genera repede, din neant, un sistem al sensului personal, care cuprinde o serie de valori clare și de repere pentru comportament: curajul, revolta mândră, fraternitatea, iubirea, sfințenia laică.

Sartre a fost mai statornic decât orice alt filosof al secolului XX în ideea sa că lumea este lipsită de sens. Poziția lui în chestiunea sensului vieții este clară și nemiloasă: „Orice ființă se ivește fără motiv, duce o viață fragilă și moare prin accident... ne naștem fără sens și murim fără sens".[34] Viziunea lui Sartre asupra libertății (o viziune pe care am discutat-o în capitolul 6) privează individul de sens personal și de repere pentru ce are de făcut; mulți filosofi au fost chiar extrem de critici la adresa sistemului filosofic al lui Sartre, deoarece e lipsit de o componentă etică. Moartea lui Sartre în 1980 a pus capăt unei cariere extrem de productive, iar tratatul său de etică mult promis nu a mai fost scris.

Totuși, în opera sa de ficțiune, Sartre a descris frecvent indivizi care descoperă un lucru *pentru* care să trăiască și *conform* căruia să trăiască. Imaginea sartriană a lui Oreste din piesa *Muștele* este în mod particular elocventă.[35] Oreste se întoarce acasă în Argos pentru a-și regăsi sora, Electra, și a răzbuna împreună asasinatul tatălui lor (Agamemnon), omorându-i pe autori – pe propria lor mamă, Clitemnestra, și pe soțul său, Aegistheus. În pofida declarațiilor explicite ale lui Sartre cu privire la lipsa de sens a vieții, piesa sa poate fi citită ca un pelerinaj către sens. Aș dori să urmăresc traiectoria lui Oreste, aflat în căutarea unor valori pe care să-și construiască viața. Oreste caută întâi sensul și scopul în întoarcerea acasă, la propriile rădăcini și la prietenie:

> *Înțelege-mă: vreau să fiu un om de undeva, un om printre oameni. Uite, un sclav care trece, trudit și ursuz, ducând o povară grea, târându-și piciorul și uitându-se în jos, numai în jos, ca să nu se poticnească, este în orașul lui, ca o frunză în frunziș, ca un copac în pădure, Argosul e în jurul lui, greu și cald, plin de el însuși. Vreau să fiu un astfel de sclav, Electra, vreau să trag orașul peste mine și să mă înfășor în el ca într-o pătură.*[36]

Mai târziu, el examinează modul în care și-a trăit propria viață și își dă seama că, pentru a găsi pacea unui status-quo, a procedat așa cum vroiau zeii.

> *Atunci... asta înseamnă Binele? Să pleci pe furiș. Cât mai pe furiș. Să spui mereu „Iertați-mă" și „Mulțumesc"... asta e? Binele. Binele lor...*[37]

În acest punct al piesei, Oreste se leapădă de sistemul său anterior de sensuri și pășește în criza lipsei de sens:

> *Ce departe ești de mine și așa, dintr-odată... cum s-au schimbat toate, în jurul meu era ceva viu și cald. Ceva care adineauri a murit. Ce goale sunt toate... Ah! ce gol uriaș, cât vezi cu ochii...*[38]

Este momentul în care Oreste face pasul pe care Sartre l-a făcut în propria viață, nu un salt în necunoscut de la o credință la alta (deși aceasta ar fi fost reacția cea mai firească), ci un pas către „angajare", acțiune și proiect. El își ia rămas-bun de la idealul confortului și al siguranței și, cu o determinare de cruciat, își urmărește scopul nou găsit:

> *Îți spun că mai e și un alt drum... drumul meu. Nu-l vezi? Pornește de aici și coboară spre oraș. Trebuie să cobor, înțelegi, să cobor până la voi, sunteți în fundul unei văgăuni, tocmai la fund... (...) Așteaptă. Lasă-mă să-mi iau rămas bun de la acea ușurință neîntinată pe care am avut-o. (...) Hai, Electra, privește orașul nostru. (...) Mă respinge din toate zidurile lui, din toate acoperișurile lui, din toate porțile lui ferecate. Și totuși poate fi cucerit, simt asta de azi-dimineață. (...) Mă voi preface în secure și voi crăpa în două zidurile astea încăpățânate...*[39]

Noul scop al lui Oreste se amplifică rapid, iar el își asumă o povară cristică:

> *Ascultă, să zicem că iau asupră-mi toate crimele acestor oameni, care tremură în încăperi întunecoase, înconjurați de scumpii lor răposați. Și că vreau să merit porecla de „hoț de remușcări" și să-mi însușesc toate mustrările lor de cuget.*[40]

Ulterior, sfidându-l pe Zeus, Oreste se hotărăște să-l omoare pe Aegistheus. Declarația sa din acel moment indică un sentiment clar al scopului: el alege dreptatea, libertatea și demnitatea, indicând că știe ce e „drept" în viață.

Ce-mi pasă mie de Jupiter? Dreptatea e o treabă care-i privește pe oameni, și n-am nevoie de un zeu ca să-mi dea lecții în privința asta. E drept să te strivesc, ticălos mârșav, și să se termine astfel cu puterea ta asupra celor din Argos, e drept ca ei să-și recapete sentimentul demnității.[41]

Și e fericit pentru că și-a găsit libertatea, misiunea și drumul. Deși Oreste trebuie să-și ducă povara de a fi fost ucigașul mamei sale, e mai bine așa decât să nu fi avut nicio misiune, niciun sens și să rătăcească fără rost toată viața.

Cu cât va fi mai greu de dus, cu atât mă voi bucura mai mult, căci ea e libertatea mea. Ieri abia cutreieram pământul la întâmplare, mii de drumuri alergau pe sub picioarele mele, căci erau ale altora. (...) Astăzi n-a mai rămas decât unul singur, și numai Dumnezeu știe unde duce; dar e drumul meu.[42]

Mai apoi Oreste găsește încă un sens, chiar mai important pentru Sartre: că nu există sens absolut, că e singur și trebuie să-și creeze propriul sens. El îi spune lui Zeus:

Dar, pe neașteptate, s-a năpustit asupra-mi libertatea, m-a covârșit, natura s-a dat îndărăt și n-am mai avut vârstă; și m-am simțit singur (...) și în cer nu mai era nimic, nici Binele, nici Răul, nimeni care să dea porunci. (...) sunt osândit să nu am altă lege decât a mea. (...) fiecare om trebuie să-și născocească drumul.[43]

Când își propune să deschidă ochii oamenilor din oraș, Zeus protestează că, dacă Oreste le ia vălul de pe ochi, le va „arăta dintr-odată traiul, traiul lor șters și obscen, pe care-l capătă de pomană". Însă Oreste susține că ei sunt liberi, că e drept ca și ei să-și înfrunte disperarea, și rostește faimoasa proclamație existențialistă: „Viața omenească începe de partea cealaltă a disperării."[44]

Un scop final, autorealizarea, apare atunci când Oreste ia mâna surorii sale pentru a porni la drum împreună. Electra întreabă încotro, iar Oreste răspunde:

Nu știu; spre noi înșine. De partea cealaltă a norilor și a munților se află un Oreste și o Electra care ne așteaptă. Va trebui să-i căutăm cu răbdare.[45]

Și astfel, Sartre – același Sartre care spune că „omul e o pasiune inutilă", și că „ne naștem fără sens și murim fără sens" – a ajuns în opera sa de ficțiune la o atitudine care valorizează clar căutarea sensului și chiar sugerează căi pe care se poate pleca în acea căutare. Printre acestea se numără găsirea în lume a unei „case", camaraderia, acțiunea, libertatea, răzvrătirea împotriva opresiunii, ajutorul acordat altora, cunoașterea, autorealizarea și angajamentul – întotdeauna mai presus de toate angajamentul.

Dar *de ce* trebuie să căutăm aceste sensuri? Sartre tace. Desigur, sensurile nu sunt stabilite prin porunca divină; nu sunt „dincolo de noi", căci Dumnezeu nu există și nimic nu există „dincolo de noi". Oreste spune pur și simplu „*vreau* apartenență" sau „e *bine*" să-i slujești pe ceilalți, să restaurezi demnitatea individului sau să îmbrățișezi libertatea; sau fiecare om „*trebuie*" să-și găsească propria cale, să pășească pe drumul la capătul căruia îl așteaptă un Oreste împlinit. Termenii „a vrea", „e drept" sau „trebuie" sunt arbitrari și nu oferă o bază fermă pentru comportament; și totuși pare cea mai bună argumentație pe care o poate oferi Sartre. El pare să fie de acord cu poziția pragmatică a lui Thomas Mann din pasajul mai sus citat: „Indiferent dacă lucrurile stau așa sau nu, ar fi mai bine pentru om să se comporte ca și cum acesta ar fi adevărul".

Ceea ce e important, atât din punctul de vedere al lui Camus, cât și al lui Sartre, este ca ființele omenești să recunoască faptul că trebuie să-și inventeze propriul sens (în loc să descopere sensul lui Dumnezeu sau al naturii), și mai apoi să se dedice împlinirii sale cu toată ființa. Aceasta necesită, după cum o spunea Gordon Allport, „să fii pe jumătate sigur, dar dedicat cu totul"[46], ceea ce nu e ușor. Etica lui Sartre cere un gest de credință în actul de a te angaja. Fie ele atee sau teologice, aici cele mai multe sisteme existențiale cad de acord: *e bine și drept să te cufunzi în fluxul vieții.*

Aș dori să evaluez activitățile seculare care furnizează ființelor omenești un sentiment al scopului în viață. Aceste activități se bazează pe aceleași argumente din pledoaria lui Sartre pentru Oreste: par bune; par drepte; sunt intrinsec satisfăcătoare și nu au nevoie să fie justificate pe baza vreunui altui motiv.

Altruismul. A face din lume un loc mai bun, slujirea altora, contribuția la activități caritabile (cea mai mare virtute) sunt activități drepte și bune, furnizând multor oameni un sens în viață. Atât doctorul Rieux al lui Camus, cât și Oreste al lui Sartre s-au împlinit slujind altora – unul îngrijind victi-

mele ciumei, celălalt devenind un „hoț de remușcări", ce deschide ochii altora în ceea ce privește demnitatea, libertatea și disperarea binecuvântată.

În munca mea clinică, desfășurată cu pacienți pe cale de a fi răpuși de cancer, am avut șansa să observ importanța sistemelor de sens pentru existența omenească. Am remarcat în mod repetat că pacienții care au un sentiment consistent al sensului în viață par să trăiască mai deplin și să-și întâlnească moartea mai puțin disperați în comparație cu cei ale căror vieți sunt lipsite de sens (Jung comenta: „Sensul face extrem de multe lucruri suportabile, poate pe toate".[47]) Deși în acest punct pacienții au experiența câtorva tipuri de sens, atât religios, cât și secular, niciunul nu pare mai important decât cel oferit de altruism. Câteva cazuri clinice sunt grăitoare.

Sal era un pacient de treizeci de ani care fusese tot timpul viguros și atletic până când a dezvoltat mielom multiplu, o formă dureroasă și incapacitantă de cancer al oaselor, în urma căruia a murit doi ani mai târziu. Din anumite puncte de vedere, ultimii doi ani de viață ai lui Sal au fost cei mai bogați din existența sa. Deși avea de suportat dureri mari și, deși era închis cu tot corpul într-o carcasă de ghips (din cauza multiplelor fracturi), Sal și-a găsit un sens în viață punându-se în slujba unui număr mare de tineri. Sal mergea în liceele din zona sa, explicând tinerilor pericolele drogurilor și și-a folosit cancerul și corpul, într-o stare vizibilă de decădere, ca instrumente extrem de eficace în misiunea sa. Era foarte convingător: întregul public vibra când Sal, din scaunul cu rotile, imobilizat în ghips, spunea: „Vreți să vă distrugeți corpul cu nicotină, alcool sau heroină? Vreți să-l sfârtecați în automobile? Sunteți deprimați și vreți să-l aruncați de pe un pod? Atunci dați-mi mie corpul vostru! Aș vrea să-l am! Îl vreau! Îl accept! Vreau să trăiesc!"

Eva, o pacientă care a murit de cancer ovarian la puțină vreme după ce a trecut de cincizeci de ani, a avut o viață extrem de plină, în care activitățile altruiste i-au furnizat permanent un sentiment al scopului. Și-a întâmpinat în același mod moartea; și deși mi-e greu să folosesc expresia, moartea sa poate fi descrisă drept o „moarte bună". Aproape toți cei care au intrat în contact cu Eva în ultimii săi doi ani de viață a ieșit îmbogățit din această experiență. Când a aflat de cancerul său, iar mai apoi când a aflat de extinderea sa și prognosticul fatal, a căzut într-o stare de disperare, dar a ieșit repede din ea, aruncându-se în proiecte altruiste. S-a oferit să desfășoare muncă de voluntariat într-o secție de copii în fază terminală. A căutat cu atenție organizații carita-

 La concluzii, Durant își comunică propria poziție:

> *Alătură-te unui întreg, muncește pentru el cu toată mintea și trupul. Sensul vieții rezidă în șansa de a produce sau a contribui la ceva ce trece dincolo de noi. Nu trebuie să fie neapărat o familie (deși aceasta e calea cea mai directă și mai largă pe care natura, în înțelepciunea-i oarbă, a dat-o până și sufletului cel mai simplu); poate fi orice grup capabil să scoată la iveală noblețea latentă din individ, care să îi ofere o cauză pentru care să activeze, ce nu va fi distrusă de moarte.*[49]

Multe tipuri de cauze sunt utile pentru a ne găsi un sens: familia, statul, cauzele politice și religioase, religiile laice precum fascismul și comunismul, cercetarea științifică. Însă lucrul important, cum o spune Durant, e că „dacă e să ofere sens vieții, acea cauză trebuie să ridice individul deasupra propriei persoane și să-l facă o parte cooperantă a unui întreg mai vast".[50]

„Dedicarea pentru o cauză" ca sursă de sens personal e un fenomen complex. Spusele lui Durant au mai multe fațete. Înainte de toate, e vorba de componenta altruistă: individul dobândește un sens ajutându-i pe ceilalți. Multe cauze au la bază elemente de altruism, fiind fie dedicate slujirii altuia, fie reprezentând mișcări complexe ale căror direcții sunt în ultimă instanță utilitare („binele cel mai mare pentru cei mai mulți"). Pare important ca, pentru ca o activitate să ofere sens, să-l „ridice pe individ deasupra sa", chiar dacă ea nu e explicit altruistă. Acest concept al „transcenderii propriei persoane" e unul central pentru schemele de sens în viață și îl vom discuta în curând. Totuși, când Durant vorbește de o cauză ce „nu va fi distrusă de moarte" sau de participarea la ceva „ce trece dincolo de noi", el se referă mai degrabă la alte chestiuni (de exemplu, depășirea morții, a angoasei izolării și neputinței) decât la lipsa de sens *per se*.

Creativitatea. Cei mai mulți dintre noi vor fi de acord că slujirea altora și activitatea în folosului unei cauze furnizează un sentiment al sensului și la fel de mulți vor fi de acord că și o viață creativă are sens. Creația a ceva nemaivăzut, a ceva care strălucește de noutate, frumusețe și armonie, e un antidot puternic împotriva sentimentului lipsei de sens. Creația se autojustifică, sfidează întrebarea „Pentru ce?", e „ea însăși o scuză pentru existența-i". A crea e ceva just și e drept să te dedici creației.

Irving Taylor sugerează posibilitatea ca artiștii creativi care au luptat cu cele mai mari handicapuri personale și cele mai mari constrângeri sociale (să ne gândim doar la Galileo, Nietzsche, Dostoievski, Freud, Keats, surorile Brontë, Van Gogh, Kafka, Virginia Woolf) să aibă o facultate de a se scruta atât de dezvoltată, încât le oferă o vedere mult mai ascuțită asupra situației existențiale umane și a indiferenței cosmice a universului.[51] Din această cauză, ei au suferit mai mult de pe urma crizei lipsei de sens și, cu o tenacitate născută din disperare, s-au cufundat în efortul creator. Beethoven spunea explicit că arta sa l-a salvat de la sinucidere. La treizeci și doi de ani, disperat din cauza surzeniei, el scria: „Am fost aproape de a-mi pune capăt zilelor. Doar arta m-a reținut. Mi se pare imposibil totuși să plec de pe această lume înainte de a fi făcut tot ce voiam să fac, și de aceea îmi târâi mai departe viața asta mizerabilă".[52]

Calea creativă către sens nu e câtuși de puțin rezervată artiștilor. Descoperirea științifică e un act de creație de cel mai înalt nivel. Însă chiar și birocrația poate fi privită creativ. Un om de știință care și-a schimbat activitatea descrie importanța și viabilitatea creativității într-o funcție administrativă.

> *Dacă intri în rândurile administrației, va trebui să crezi că e o activitate în sine creativă, iar scopul tău e mai mult decât să ai ordine pe birou. Ești moderator și arbitru și încerci să tratezi echitabil o mulțime de oameni diferiți, dar trebuie să ai și idei și să convingi oamenii că ideile tale sunt importante și să le transpui în realitate... Face parte din frumusețea activității. Atât în cercetare, cât și în administrație, frumusețea și bucuria vin din puterea creativă. Înseamnă a face lucruri. În acest moment, cred că administrarea e mai interesantă decât cercetarea.*[53]

Abordările creative ale activității de profesor, ale gătitului, jocului, studiului, contabilității sau grădinăritului contribuie cu ceva valoros la viață. Relațiile de muncă în care creativitatea este înăbușită, iar individul este transformat într-un automat vor genera insatisfacție, indiferent cât de mare va fi salariul.

O prietenă, sculptor, atunci când a fost întrebată dacă găsește bucurie în munca sa, a atras atenția asupra unei alte fațete a creativității: descoperirea de sine. Munca sa era dictată în parte de forțele interioare inconștien-

 te. Fiecare operă era de două ori creatoare: prin opera de artă însăși, dar și prin noile perspective interioare deschise de aceasta.[54]

Această viziune extinsă asupra creativității a fost extrem de utilă unui compozitor, care a venit la terapie datorită faptului că apropierea celei de-a cincizeci și cincea zile de naștere l-a pus în situația de a-și examina viața – un proces care l-a făcut să conchidă că a avut o contribuție minoră în domeniul său de activitate. Avea un sentiment profund de lipsă de sens și credea că niciunul din eforturile sale nu va avea o valoare durabilă. A recurs la terapie pentru a-și spori creativitatea profesională, știind totuși că talentul său componistic era limitat. Cura a fost lipsită de rezultate până în momentul în care am extins conceptul de creativitate, astfel încât să includă întreaga sa viață. Și-a dat seama de cât de limitată era viața sa în multe domenii. Fusese întemnițat într-un mariaj nefericit timp de mai bine de treizeci de ani, dar pe care nu putea să-l modifice și nici nu putea să-i pună capăt. Terapia a progresat când am reformulat plângerea sa inițială în una nouă: „Cum putea fi creativ în structurarea unei noi vieți pentru el însuși?"

Creativitatea se suprapune peste altruism prin aceea că mulți caută să fie creativi pentru a îmbunătăți lumea, a-i descoperi frumusețea, nu doar de dragul frumuseții, ci și pentru bucuria altora. Creativitatea poate juca un rol și în iubire: trezirea la viață a ceva din celălalt face parte din dragostea matură, după cum face parte din procesul creativ.

Soluția hedonistă. Un profesor de filosofie a cerut studenților să-și scrie epitafurile. O parte a răspunsurilor a constat în fraze cum ar fi:

Aici zac, n-am găsit un sens, dar viața m-a minunat tot timpul.

sau

Plânge pe cei ce au trăit murind,
Nu pe mine, cel ce-am murit trăind.[55]

Scopul vieții este așadar din acest punct de vedere o viață plină, în care persistă sentimentul mirării și al miracolului vieții, intrarea în ritmul natural al vieții, căutarea plăcerii în cel mai profund mod cu putință. Un manual recent de psihologie umanistă rezuma: „Viața e un dar. Ia-o, descoper-o, apreciaz-o, folosești-o și bucură-te de ea!"[56]

Această perspectivă are o genealogie bogată. În *Philebos*, Platon a oferit o analiză a scopului ființei omenești. Potrivit unuia dintre punctele de vedere, individul trebuie să țintească spre inteligență, cunoaștere și înțelepciune. Poziția care i se opune e aceea că plăcerea este singurul scop adevărat din viață. Această perspectivă, hedonismul, are mulți apărători, care pornesc din secolele IV-III î.Hr., precum Eudoxos și Epicur, și ajung trecând prin Locke sau Mill, în secolele al XVII-lea și al XVIII-lea, până în zilele noastre. Hedoniștii dispun de argumente puternice în favoarea ideii că plăcerea, ca scop în sine, oferă o explicație satisfăcătoare și suficientă a comportamentului omenesc. Individul își face planuri de viitor și decide asupra alternativelor dacă și numai dacă, spune hedonistul, se gândește că va fi mai plăcut (sau mai puțin neplăcut) pentru el. Sistemul de referință hedonist e unul formidabil, deoarece e elastic și poate include pe fiecare din celelalte scheme în granițele-i generoase. Activități precum creativitatea, dragostea, altruismul sau dedicația față de o cauză pot fi considerate toate ca importante, datorită valorii lor în raport cu producerea de plăcere. Chiar comportamentul ce pare a viza durerea, neplăcerea sau sacrificiul de sine poate fi hedonist, deoarece poate fi considerat ca o investiție în plăcere. E vorba de o aplicare a principiului plăcerii în condițiile principiului realității – un disconfort temporar va aduce în viitor plăcere.

Autoactualizarea. O altă sursă de sens personal e credința că ființele omenești trebuie să caute să se autoactualizeze, că ar trebui să se dedice realizării potențialului înnăscut. (Vezi capitolul 6, unde discut conceptul de autoactualizare în contextul responsabilității).

Termenul de „autoactualizare" e o reformulare modernă a unui concept explicit exprimat încă din secolul al IV-lea î.Hr., în sistemul lui Aristotel referitor la cauzalitatea finală – o doctrină a finalității interne care postulează că scopul oricărui obiect și al oricărei ființe e să se fructifice pe sine și să-și realizeze propria existență. Astfel, planta este realizarea seminței, iar copilul își găsește împlinirea într-un adult pe deplin actualizat.

Mai târziu, gândirea creștină a pus accentul pe desăvârșirea de sine și a oferit figura lui Hristos, omul-Dumnezeu, în calitate de model care trebuie imitat de cei ce vor să-și perfecționeze ființa dată de Dumnezeu. *Imitația lui Hristos*, scrierea devoțională de secol al XV-lea a lui Thomas à Kempis, a cărei influență asupra credincioșilor e întrecută doar de Biblie, ca și numeroasele cărți referitoare la viețile sfinților au reprezentat

 ghiduri pentru generații de creștini, mai ales pentru cei educați, până în timpurile de azi.

În lumea laică de azi, „autoactualizarea" e propusă de umanismul individualist. Oreste al lui Sartre începe o călătorie, nu către Dumnezeu, ci spre potențialul Oreste, cel pe deplin actualizat ce se ascunde în el.

Autoactualizarea are o semnificație specială pentru Abraham Maslow, care susține că omul închide în el însuși tendința spre creștere și unitate a personalității, ca și un anumit tip de proiect sau tipar, constând într-un set unic de caracteristici împreună cu un impuls automat de a le exprima. Potrivit lui Maslow, individul posedă o ierarhie de motive înnăscute. Motivele fundamentale din punctul de vedere al supraviețuirii sunt cele fiziologice. Când acestea sunt satisfăcute, individul se îndreaptă spre satisfacerea unora mai înalte – siguranța, dragostea și apartenența, identitatea și prețuirea de sine. Pe măsură ce aceste nevoi sunt împlinite, individul se îndreaptă spre satisfacerea nevoilor de autoactualizare, reprezentate de nevoi cognitive – cunoaștere, înțelegere, înțelepciune – și estetice – simetrie, congruență, integrare, frumusețe, meditație, creativitate, armonie.

Teoreticienii actualizării de sine propun o moralitate evoluționistă. Maslow, de pildă, declară că „natura ființei omenești tinde spre o existență din ce în ce mai deplină, mai precis aceasta înseamnă către ceea ce majoritatea oamenilor ar descrie ca valori pozitive, către calm, bunătate, curaj, onestitate, dragoste, altruism și bine".[57] Maslow răspunde astfel la întrebarea „*Pentru ce* să trăim?", susținând că trăim pentru a ne aduce la îndeplinire potențialul. El răspunde și la întrebarea ce decurge de aici, anume „*Cum* să trăim?", spunând că valorile pozitive sunt în esență înnăscute în organismul omenesc, iar dacă ne vom încrede în înțelepciunea organismului, le vom descoperi intuitiv.

Astfel, Maslow adoptă o poziție conform căreia actualizarea reprezintă un proces natural, *acel* proces organic de bază din ființa umană, care va avea loc fără ajutorul vreunei structuri sociale. În realitate, Maslow privește societatea ca pe o piedică în calea autoactualizării, deoarece mult prea adesea forțează indivizii să-și abandoneze dezvoltarea personală unică și să accepte roluri sociale nepotrivite lor și un conformism înăbușitor. Îmi amintesc de o lucrare psihologică veche, în care am văzut cândva două imagini juxtapuse. Una arăta niște copii jucându-se în toată prospețimea și spontaneitatea exuberanței și a inocenței lor; cealaltă, o masă de călă-

tori cu metroul din New York, privind în gol și cu fețele cenușii, legănân-
du-se pestriț și fără viață, agățați de barele și curelele de susținere. Sub cele două imagini stătea textul simplu: „Ce s-a întâmplat?"

Transcenderea de sine. Ultimele două tipuri de sens (hedonismul și autoactualizarea) diferă de cele anterioare (altruismul, dedicarea unei cauze și creativitatea) într-o privință importantă. Hedonismul și autoactualizarea vizează propria persoană, în vreme ce celelalte reflectă dorința fundamentală de a trece peste propriul interes și aspirația către ceva sau cineva aflat dincolo sau „mai presus" de propria persoană.

O tradiție lungă din gândirea occidentală ne îndeamnă să nu ne mulțumim cu scopuri în viață care nu trec dincolo de propria persoană. De exemplu, în discuția sa asupra gândirii hasidice, Buber remarca faptul că, deși oamenii ar trebui să pornească de la ei înșiși (căutând în propria inimă, integrându-se, găsindu-și sensul individual), nu trebuie să sfârșească cu ei înșiși.[58] E neapărată nevoie, spune Buber, să întrebăm: „Pentru ce? De ce mi-aș găsi un drum propriu? De ce mi-aș unifica propria ființă?" Răspunsul e „Nu de dragul meu". Individul începe cu propria persoană, dar pentru a uita de sine și a se cufunda în lume; individul se cunoaște pe sine, dar nu pentru a fi preocupat de sine.

„Întoarcerea" e un concept crucial în tradiția mistică evreiască. Dacă o persoană păcătuiește, iar mai apoi se întoarce *de la* păcat, către lume și împlinirea unei sarcini poruncite de Dumnezeu, individul este considerat iluminat într-un mod cu adevărat remarcabil, plasându-se chiar deasupra celor mai pioși. Dacă, pe de altă parte, individul continuă să trăiască împovărat de vinovăție și pocăință, el e considerat ca fiind căzut în mrejele egoismului și ale decăderii. Buber scrie: „Depărtează-te de rău și fă bine! Ai greșit? Luptă împotriva greșelii făcând bine!"[59]

Chestiunea esențială reliefată de Buber e că ființele omenești au la dispoziție un sens mult mai vast decât mântuirea sufletelor individuale. Chiar datorită preocupării excesive pentru obținerea unui loc avantajos în eternitate, individul își poate pierde acest loc.

Viktor Frankl ajunge la concluzii similare, exprimându-și rezerva față de accentul pus azi pe autoactualizare. În opinia sa, preocuparea excesivă pentru autoactualizare și autoexprimare pune obstacole în calea sensului adevărat. El își ilustrează adesea poziția prin intermediul metaforei unui bumerang, care se întoarce la vânătorul care l-a aruncat doar dacă

nu și-a atins ținta; în același mod, oamenii se întorc la preocuparea față de propria persoană numai dacă au ratat sensul pe care viața îl are pentru ei. O altă ilustrare pentru aceeași chestiune e dată de metafora ochiului uman, care se vede pe sine (altfel spus, vede un obiect în cristalin și în umoarea apoasă sau vitroasă) doar când e incapabil să vadă în afara sa.

Pericolele unei atitudini în care persoana nu se transcende pe sine sunt evidente mai ales în cadrul relațiilor interpersonale. Cu cât un individ se concentrează mai mult asupra propriei persoane, de pildă, asupra relațiilor sale sexuale, cu atât e mai puțin capabil de satisfacția ultimă. Dacă individul e atent la sine, preocupat de propria excitație și descărcare sexuală, individul este predispus la disfuncție sexuală. Frankl e de părere, destul de corect cred, că idealizarea contemporană a exprimării de sine, dacă se transformată într-un scop în sine, face adesea relațiile autentice imposibile. Materialul de bază al unei relații afectuoase nu este exprimarea propriei persoane (deși poate fi un ingredient important), ci trecerea dincolo de granițele individuale și grija pentru existența altuia.

Maslow utilizează un limbaj diferit, dar care vehiculează aceeași concepție. În opinia sa, persoana cu adevărat actualizată (un procent mic din populație) nu e preocupată cu „autoactualizarea". O astfel de persoană are o percepție solidă despre sine și „se îngrijește" de alții mai degrabă decât să-i folosească în calitate de mijloace de autoexprimare sau pentru a umple un gol personal. Indivizii autoactualizați se dedică, potrivit lui Maslow, scopurilor transcendente. Ei pot activa în favoarea unor cauze globale, cum ar fi lupta împotriva sărăciei, bigotismului sau poluării, sau, pe o scară mai redusă, pentru dezvoltarea personală a celor cu care trăiesc.

Transcenderea de sine și ciclul vieții. Aceste activități vitale, care oferă sens, nu se exclud una pe alta; cei mai mulți indivizi își procură sensul din mai multe locuri. În plus, așa cum teoretiza deja cu multă vreme în urmă Erik Erikson[60] (iar teoretizările lui sunt confirmate de cercetările din anii '70 asupra ciclurilor vieții adulte[61]), se poate vorbi de o evoluție gradată a sensurilor pe parcursul vieții indivizilor. Dacă în adolescență și până pe la mijlocul vieții adulte, când individul caută să-și determine o identitate stabilă, să construiască relații intime și să dobândească un sentiment de competență profesională, preocupările sale se concentrează asupra propriei persoane, la patruzeci–cincizeci de ani (exceptând cazurile în care nu reușește să treacă peste un stadiu ante-

rior) individul atinge un moment în care își găsește sensul în activități care trec dincolo de el. Erikson a definit acest stadiu (al „generativității") drept „preocuparea pentru viața și călăuzirea generației ce va să vină"[62]. El poate lua forma unor preocupări pentru propriii copii sau, mai larg, pentru ocrotirea speciei umane.

George Vaillant, în studiul său diacronic asupra studenților care au frecventat Universitatea Harvard, a arătat că, la patruzeci-cincizeci de ani, indivizii de succes „se preocupă mai puțin de ei înșiși și mai mult de copiii lor".[63] La cincizeci și cinci de ani, un subiect reprezentativ a declarat: „Predarea ștafetei și expunerea copiilor la valorile civilizației au fost întotdeauna importante pentru mine, dar au crescut în importanță cu fiecare an". Un altul:

> *Preocupările pe care le am acum sunt mult mai puțin îndreptate către mine însumi. Pe la 30-40 de ani, ele erau legate de prea multele solicitări și de banii prea puțini, de reușita profesională etc. După 45 de ani, preocupările au devenit mai filosofice, pe termen mai lung, mai puțin personale... Mă preocupă starea relațiilor interumane și mai ales starea societății. Vreau să împărtășesc și altora cât mai mult din ce am învățat.*

Un altul: „Nu mă gândesc să las urme adânci, dar devin din ce în ce mai stăruitor în încercările mele de a determina orașul să construiască un nou spital, să sprijine școlile și să învețe copiii să cânte".[64]

Apariția unor preocupări care transcend propria persoană se reflectă în carierele profesionale ale multora din subiecții lui Vaillant.[65] Un om de știință, care a căutat între douăzeci și treizeci de ani o nouă metodă de a fabrica gaze de luptă, la cincizeci de ani de ani a ales să cerceteze metodele prin care poate fi redusă poluarea. Un altul, care în tinerețe a lucrat pentru sistemul militar-industrial și a contribuit la calcularea razei de distrugere a ogivelor atomice, la cincizeci de ani s-a aventurat să țină un curs în domeniul umanismului.

Un important studiu diacronic desfășurat de Norma Haan și Jack Block în California, la Berkley, a comparat indivizii de treizeci și de patruzeci și cinci de ani cu ei înșiși, așa cum erau în adolescență, ajungând la concluzii similare. Altruismul, ca și alte comportamente care transcend propria persoană, se amplifică odată cu trecerea timpului. Indivizii ajunși la pa-

 truzeci și cinci de ani erau „mai înțelegători, mai generoși, mai productivi și mai de încredere" decât la treizeci de ani.[66]

Un număr important de cercetări s-au focalizat în principal asupra ciclului vieții bărbaților, și de aceea nu a luat suficient în considerație particularitățile vieții femeilor. Cercetările feministe recente au adus corecții importante. De pildă, femeile între două vârste care și-au dedicat existența vieții conjugale și maternității urmăresc sensuri diferite în raport cu omologii lor bărbați de aceeași vârstă. În mod tradițional, femeilor li s-a cerut să satisfacă nevoile altora înaintea celor proprii, să trăiască prin delegați, fie ei soți sau copii, și să se ocupe de îngrijirea altora, ca îngrijitoare, ca voluntari și ca ființe caritabile. Altruismul le-a fost mai degrabă impus, iar ele nu l-au ales. De aceea, în momentul în care omologii lor bărbați au atins succesul lumesc și au fost gata să se întoarcă spre chestiuni altruiste, multe femei aflate la mijlocul vieții devin pentru prima dată în viață mai preocupate de ele însele decât de ceilalți.

Contribuția lui Viktor Frankl

Transcenderea propriei persoane e unul dintre elementele cardinale ale abordării lui Viktor Frankl în materie de sens. E momentul să examinăm câteva dintre punctele de vedere ale lui Frankl asupra sensului și psihoterapiei.

Puțini clinicieni au adus contribuții reale în problema rolului sensului în psihoterapie și practic nimeni nu și-a păstrat în opera publicată un interes constant pentru domeniu. Viktor Frankl este aici o excepție singulară. Chiar de la începuturile carierei, interesul său profesional s-a focalizat mai ales pe rolul sensului în psihopatologie și terapie. Frankl, psihiatru vienez de orientare existențială, a utilizat la început, în anii '20, termenul de „logoterapie" (logos = „cuvânt" sau „sens"). Mai târziu, el a folosit expresia „analiză existențială" în calitate de sinonim; însă, pentru a evita confuzia cu alte abordări existențiale (mai ales cu cea a lui Ludwig Binswanger), în ultimii ani, Frankl s-a referit la abordarea sa, atât în context terapeutic, cât și în context teoretic, utilizând termenul de „logoterapie". Deși Frankl e conștient de multiplicitatea problemelor clinice care își au originea în alte preocupări existențiale supreme, în opera sa el pune constant un accent deosebit pe sensul vieții. Când vorbește despre dispera-

rea existențială, el se referă la o stare de absență a sensului; când vorbește despre terapie, el se referă la ajutorul dat pacientului să-și găsească un sens.

Înainte de a discuta contribuțiile lui Frankl, cred că e potrivit să mă refer pe scurt la metodele și stilul prezentării. În pofida prolificității și a faptului că, în opinia mea, Frankl a avut un aport important la teoria psihoterapiei, el nu și-a găsit recunoașterea meritată din partea comunității academice.

Una dintre cauzele neglijării sale trebuie să fie conținutul produselor intelectuale ale lui Frankl, care, asemenea majorității contribuțiilor la terapia existențială, nu sunt acceptate în sfera academică „elevată". Logoterapia nu își găsește un loc nici între școlile de orientare psihanalitică, nici în psihiatria formală, nici în cadrul studiilor religioase, nici în psihologia academică de orientare behavioristă, și nici măcar în mișcarea „pop" a dezvoltării personale. (Totuși, cărțile sale au mulți cititori: prima sa carte, *Omul în căutarea sensului vieții*, s-a vândut în peste două milioane de exemplare.)

În plus, mulți oameni de știință sunt deranjați de metoda lui Frankl. Argumentele sale fac adesea apel la emoție; el convinge, proclamă *ex cathedra*, iar adesea e repetitiv și strident. În plus, deși susține că oferă o perspectivă laică asupra sensului (el spune că, în calitate de medic aflat sub jurământul hipocratic e obligat să dezvolte metode de tratament care se aplică tuturor pacienților, atei și credincioși), e clar că punctul de vedere al lui Frankl asupra sensului e unul profund religios.

Cititorii serioși sunt adesea deranjați de elementele perturbatoare care apar în cărțile lui Frankl. Putem găsi practic în fiecare operă comentarii prin care se ridică singur în slăvi: autocitări, menționări ale numeroaselor universități unde a ținut prelegeri, ale multelor sale lucrări, ale numărului mare de eminențe care îi aprobă abordarea, al numărului mare de specialiști care îl ajută, ale situațiilor în care studenții la medicină au izbucnit în aplauze frenetice când le vorbea, ale întrebărilor prostești care i-au fost adresate și ale răspunsurilor cu miez pe care le-a dat. Scrierile discipolilor lui Frankl nu prea spun mare lucru, constând în reformulări ale remarcilor acestuia, acompaniate de o idealizare a persoanei sale.

Totuși, aș ruga cititorul să persevereze. Frankl are o contribuție importantă la plasarea problemei sensului în atenția terapeutului, având o serie

 de intuiții profunde în ceea ce privește implicațiile clinice ale căutării sensului.

Frankl și-a prezentat inițial punctele de vedere asupra rolului sensului în psihoterapie în lucrarea *Din lagărul de exterminare la existențialism* (mai târziu redenumită *Omul în căutarea sensului vieții*).[67] În prima parte a cărții, Frankl descrie groaznica viață de care a avut parte la Auschwitz între 1943 și 1945, pentru ca, în restul paginilor, să vorbească despre sistemul terapeutic provenit din revelația că un sentiment permanent al sensului vieții era esențial pentru supraviețuirea în lagărul de concentrare. Cartea sa a fost scrisă pe bucăți de hârtie pe care a reușit să și le facă rost în lagăr. Aceasta i-a furnizat un sens și astfel un motiv pentru a supraviețui. Sensul vieții lui Frankl a fost de atunci „să-i ajute pe alții să-și găsească un sens".[68]

Presupoziții fundamentale. Frankl începe prin a contesta legile freudiene ale motivației, principiul homeostaziei, care susține că organismul omenesc încearcă permanent să mențină un echilibru interior. Principiul plăcerii acționează pentru a menține homeostaza, având ca scop fundamental eliminarea tensiunii. Principiul plăcerii e la lucru, vădit și netulburat, din primele momente ale vieții; mai târziu, pe măsură ce individul se maturizează, mecanismele principiului plăcerii devin mai ascunse, căci principiul realității cere amânarea sau sublimarea gratificării.

Problema teoriilor care postulează o pulsiune înnăscută (spre plăcere sau reducerea tensiunii) e că sunt în ultimă instanță extrem de reducționiste. Potrivit lor, omul „e doar..." (iar aici se pot insera un număr infinit de formule). Cea pe care o preferă Frankl este „Omul e doar un complex mecanism biochimic, pus în mișcare de un sistem de combustie, care furnizează energie unui computer cu capacități de stocare imense a informației codate".[69] Ca urmare, dragostea, altruismul, căutarea adevărului sau a frumuseții „sunt doar" expresia uneia sau alteia din pulsiunile fundamentale dintr-o teorie a dualității. Din acest punct de vedere reducționist, arată Frankl, „toate creațiile culturale ale umanității devin de fapt produse secundare ale pulsiunii în direcția satisfacerii personale".[70]

Presiunea reducționismului din psihologie are consecințe importante asupra terapiei. Comportamentul uman este adesea motivat de forțe in-

conștiente și e sarcina terapeutului să pună în lumină psihodinamica aflată la baza sa. Însă Frankl susține (destul de corect, cred) că vine o vreme când demascarea trebuie să înceteze. Materialismul (altfel spus, explicarea a ceea ce e superior prin ceva inferior) e adesea riscantă. De pildă, voluntarii Peace Corps nu aleg întotdeauna să se angajeze din motive utile lor. Dorința lor de voluntariat nu are nevoie de o justificare „mai joasă" sau „mai înaltă"; ea reflectă o voință de sens, o deschidere a sinelui spre găsirea și satisfacerea unui scop în viață.

Frankl, alături de mulți alții (cum ar fi Charlotte Buhler[71] și Gordon Allport[72]), susține că teoria homeostatică eșuează în încercarea de a explica multe aspecte centrale pentru viața umană. Frankl spune că „lucrul de care are omul nevoie este să nu scape cu orice preț de tensiune, ci el are nevoie de chemarea pe care i-o adresează un anumit sens potențial care se vrea realizat".[73] „E propriul ființei umane să vizeze și să se îndrepte către ceva din afara sa."* [74]

O altă obiecție importantă ridicată de Frankl la adresa perspectivei asupra motivației umane, bazată pe principiul plăcerii (prin care omul nu se transcende pe sine), e că suferă de contradicții interne inevitabile. Cu cât cineva caută mai mult fericirea, cu atât mai mult ea îi va scăpa. Această observație (numită „paradoxul hedonist" de mulți filosofi[75]) l-a făcut pe Frankl să declare că „fericirea decurge, dar nu poate fi urmărită". (Alan Watts spunea că „ai de pierdut doar când cauți ceva".[76]) De aceea, plăcerea nu e scopul final, ci un produs secundar al căutării personale a sensului.

Frankl își califică orientarea drept „a treia" școală vieneză de psihoterapie:

> *Conform logoterapiei, această strădanie a omului de a găsi sens în viața sa reprezintă forța motivatoare primă în om. De aceea vorbesc eu despre* voința de sens, *în contrast cu principiul plăcerii (sau, cum l-am mai putea numi altfel,* voința de plăcere*) pe care se centrează psihoanaliza freudiană și, totodată, în opoziție cu* voința de putere *pe care se centrază psihologia adleriană.*[77]

* Poziția lui Frankl e susținută de o succesiune lungă de fenomenologi, începând cu Franz Brentano și, mai târziu, de Edmund Husserl, care au subliniat caracterul „intențional" al conștiinței: ea se îndreaptă întotdeauna asupra a ceva din afara sa. Individul e întotdeauna conștient de ceva din afara sa.

În altă parte, el susține (în urma unei sugestii a lui Aaron Ungersma[78]) că principala forță motivațională din ființa omenească parcurge o serie de stadii de dezvoltare, cele trei școli vieneze reflectând această evoluție: „Principiul freudian al plăcerii este principiul care călăuzește viața copilului mic, principiul adlerian al puterii însoțește viața adolescentului, iar voința de sens pe cea a adultului".[79] Frankl distinge cu grijă între pulsiuni (de exemplu, pulsiunea sexuală sau agresivă), care ne *presează* din interior (sau, cum le experimentăm de obicei, din subteran), și sens (împreună cu valorile implicate de sistemul de sens) care *trag* persoana, din exterior. Diferența este cea dintre pulsiune și strădanie. Pe palierele cele mai importante, care ne fac oameni și ne diferențiază de animale, nu suntem mânați de pulsiuni, ci tindem activ spre un scop. Spre deosebire de faptul de a fi mânat, strădania implică nu doar orientarea spre ceva din afara noastră (altfel spus, ne transcendem), ci și că suntem liberi – liberi să acceptăm sau să negăm scopul care arată calea. „Strădania" înseamnă o orientare spre viitor: suntem atrași spre ceea ce va fi, în loc să fim presați neîncetat de forțe ale trecutului și ale prezentului.

Sensul este esențial pentru viață, susține Frankl. A fost esențial pentru supraviețuirea la Auschwitz și rămâne esențial pentru toți, oricând. El menționează un sondaj francez de opinie, care arăta că 89 de procente din respondenți credeau că oamenii au nevoie de „ceva" pentru care să trăiască, iar 61 de procente simțeau că există ceva pentru care sunt dispuși să-și dea viața.[80] Lui Frankl îi plăcea să comenteze că „deși unii autori consideră că sensurile și valorile «nu sunt altceva decât mecanisme de apărare, formațiuni reacționale și de sublimare», în ceea ce mă privește n-aș vrea să trăiesc de dragul «mecanismelor mele de apărare» și nici nu aș fi gata să mor de dragul «formațiunilor reacționale»".[81]

Trei categorii de sensuri ale vieții. Deși Frankl subliniază că fiecare individ e caracterizat de un sens pe care nimeni altul nu îl poate împlini, aceste sensuri unice pot fi grupate în trei categorii: (1) ceea ce individul realizează sau oferă lumii în calitate de creație personală, (2) ceea ce individul ia din lume în materie de întâlniri și experiențe, și (3) punctul de vedere propriu asupra suferinței, asupra sorții inevitabile.[82]

Ne-am încrucișat cu aceste trei sisteme de sens – creativ, experiențial și atitudinal – în discuțiile anterioare pe marginea variilor sisteme de sens per-

sonal. Frankl definește creativitatea de o manieră convențională, ca muncă de creație, pricepere sau întreprindere savantă care călăuzește pe cineva și unde fiecare e echipat în felul său să reușească. Sentimentul lui Frankl că doar el putea scrie o carte care să ilumineze rolul sensului în psihoterapie a constituit, potrivit chiar celor spuse de el, factorul important (dincolo de pura întâmplare) care i-a permis să facă față și să supraviețuiască la Auschwitz. O paletă largă din activitățile vieții, dacă sunt abordate creativ, pot oferi sens. Potrivit lui Frankl, „ceea ce contează nu e cât de largă e sfera activităților, ci cât de mult umpli din această sferă".[83]

Frankl e mai puțin clar atunci când vine vorba despre sensul derivat din experiență, însă de obicei el se referă la ceea ce individul obține plecând de la frumusețe, adevăr și mai ales de la iubire. Angajarea într-o experiență serioasă e generatoare de sens: „Dacă ești bătut pe umăr în vreme ce asculți muzica favorită și ești întrebat dacă viața are sens, nu ai răspunde afirmativ? Același răspuns ar fi oferit de iubitorul de natură aflat pe vârful unui munte, de credinciosul care participă la o slujbă memorabilă, de intelectualul cufundat într-o lectură captivantă, de artistul aflat față în față cu o capodoperă".[84]

Experiențele de viață de la Auschwitz l-au făcut să mediteze profund la relația dintre sens și suferință, dintre durere și moarte. Supraviețuirea în circumstanțe extreme depinde de capacitatea de a găsi sens în propria suferință. Pe culmile disperării din lagărul de concentrare, Frankl a căutat căi de a conferi sens suferinței sale și a celorlalți. El a conchis că doar supraviețuind poate da sens propriei angoase. Pentru el, supraviețuirea însemna că își va putea completa opera, că va putea făuri o abordare psihoterapeutică valoroasă pornind de la ororile experienței de la Auschwitz. Unii colegi de detenție doreau să supraviețuiască de dragul altora, pentru câte un copil sau câte o soție care-i așteptau; unii pentru a duce la îndeplinire câte un proiect de viață unic; unii voiau să supraviețuiască pentru a vorbi lumii despre lagărele de concentrare; alții doreau să supraviețuiască pentru a se răzbuna. (Ne putem gândi la ghetoul lituanian de la Kovno, ai cărui locuitori au dorit să rămână în viață pentru a nu se pierde amintirea tuturor atrocităților cărora le-au căzut victime: narațiuni scrise, portrete desenate de artiști, notele ce înregistrau atent numerele matricole ale ofițerilor și ale membrilor SS – toate au fost păstrate într-o pivniță de unde, după

 război, au fost recuperate și folosite pentru a-i aduce pe vinovați în fața justiției.) Alteori, Frankl a găsit sens în suferință amintindu-și alt aforism al lui Nietzsche: „Ce nu mă omoară mă face mai puternic".[85] Suferința poate dobândi un sens dacă schimbă individul în bine. În fine, chiar dacă nu există nicio speranță de a scăpa de suferință și moarte, potrivit lui Frankl, există sens chiar în posibilitatea de a demonstra altora, lui Dumnezeu și în fața propriei persoane că poți suferi și muri cu demnitate.

Categoriile de sens ale lui Frankl oferă strategii psihoterapeutice care ajută pacientul care străbate o criză a sensului. Mă voi opri imediat asupra acestor contribuții în discuția asupra terapiei, însă acum îmi voi îndrepta atenția către implicațiile clinice ale pierderii sensului în viață.

Pierderea sensului: implicații clinice

Cultura noastră în schimbare: unde au dispărut toate sensurile?

Mulți clinicieni au remarcat că, din ce în ce mai frecvent, pacienții recurg la terapie ca urmare a pierderii sentimentului că viața are un sens. De ce? Care sunt factorii din cadrul culturii contemporane care contribuie la o descreștere a sentimentului existenței unui sens în viață?

Locuitorii lumii rurale preindustriale aveau viața împovărată de destule probleme, însă maladia contemporană a lipsei de sens nu pare să fi fost una dintre ele. Sensul era furnizat în mai multe moduri. Înainte de toate, viziunea religioasă asupra lumii oferea un răspuns atât de cuprinzător, că problema sensului a fost pusă în umbră. În plus, cei vechi erau adesea atât de preocupați de sarcina de a-și satisface nevoi mai fundamentale, de supraviețuire, cum ar fi cea de hrană și adăpost, că nu-și permiteau luxul să-și examineze nevoia de sens. De fapt, după cum voi discuta mai jos, lipsa de sens este bine întrețesută cu distracția și dezangajarea: cu cât individul e mai angrenat în viața de toate zilele și în supraviețuire, cu atât mai puțin apare această problemă. Tolstoi, a cărui criză a lipsei de sens am descris-o la începutul acestui capitol, a observat că țăranul simplu de pe moșia sa părea relativ nea-

fectat de astfel de dubii fundamentale. Tolstoi a conchis că țăranul știa ceva ce el nu știa și, de aceea, a căutat să scape de chinul său încercând să emuleze țăranul, pentru a-i descoperi cunoașterea secretă.

Locuitorii lumii preindustriale aveau alte activități de unde își extrăgeau un sens pentru viața de zi cu zi. Trăiau aproape de pământ, se simțeau o parte a naturii, îndeplineau scopurile naturii arând, cosind, recoltând, gătind și, de o manieră naturală și inconștientă, proiectându-se în viitor prin aceea că dădeau naștere unor copii. Munca lor cotidiană era creativă, deoarece participau la creația vieții în turma și pe ogorul lor. Aveau un sentiment puternic al apartenenței la o unitate mai vastă; erau părți integrante ale unei familii și comunități și, în acel context, li se confereau roluri și scenarii. În plus, munca lor era intrinsec valoroasă. Cine, la urma urmei, putea pune sub semnul întrebării sarcina de produce hrană cu un „Pentru ce?" Producerea hranei era o activitate care se situa pur și simplu dincolo de orice discuție.

Însă toate aceste sensuri s-au evaporat. Un locuitor al lumii urbanizate, industrializate și laice de astăzi trebuie să se descurce în fața vieții fără sistemul religios ce conferă un sens cosmic și rupt de lumea naturală și de circuitele elementare ale vieții. Avem timp, prea mult timp, așa că ne întrebăm lucruri care ne tulbură. Pe măsură ce se profilează la orizont săptămâna de lucru de patru și trei zile, va trebui să fim pregătiți pentru un număr din ce în ce mai mare de crize ale sensului. Timpul „liber" e problematic, deoarece ne împovărează cu libertate.

Munca, sau ce a rămas din ea, nu mai e o sursă de sens. Nici măcar o imaginație extrem de bogată nu poate conferi potențial creativ multora din formele de muncă de azi. Muncitorul de la banda de montaj, de exemplu, nu doar că nu are nicio modalitate de exprimare a creativității la locul de muncă, dar, în plus, începe să se considere sistematic drept o rotiță decerebrată din mașinăria fabricii. În plus, munca nu posedă adesea o valoare intrinsecă. Cum pot oare membrii armatei de funcționari „ocupați" cu munca desfășurată în vastele și ineficientele sisteme birocratice să creadă că activitatea lor are vreo valoare? Odată cu explozia demografică și expunerea la media, cum poate individul să facă altceva decât să se îndoiască de faptul că nașterea și creșterea copiilor ar face cuiva vreun favor, mai ales planetei și speciei omenești?

Cum se întâlnește clinicianul cu fenomenul lipsei de sens în activitatea clinică de zi cu zi? Puțini clinicieni pun sub semnul întrebării că o astfel de plângere e comună: mai sus în acest capitol, am citat comentarii ale lui Jung, Frankl, Maddi, Wolman și Hobbs care stăteau mărturie pentru frecvența cu care este acuzată în activitatea clinică lipsa de sens. Din nefericire, există foarte puține cercetări sistematice.

Împreună cu o serie de colegi am derulat un proiect care, deși a studiat doar un eșantion redus, a confirmat că lipsa de sens este un simptom frecvent acuzat.[86] Principalele probleme a patruzeci de pacienți care s-au prezentat consecutiv la o clinică psihiatrică ce oferea terapie în ambulatoriu au fost investigate în trei moduri distincte: raportul scris de pacient, raportul terapeutului, concluziile a trei clinicieni care vizionau înregistrarea interviului clinic cu fiecare pacient. Din cei patruzeci de pacienți, nouă au declarat că au o problemă (cei mai mulți pacienți au realizat o listă de trei până la șase probleme) din sfera lipsei de sens (cum ar fi „lipsa de scop", „nevoia de sens în viață", „nu știu de ce fac lucrurile pe care le fac", „lipsa de direcție din viață"). Terapeutul și evaluatorii independenți au considerat că, din cei nouă pacienți, cinci aveau probleme importante legate de sens, dar au inclus printre ei și trei pacienți adiționali (care indicau probleme ca „lipsa de sens în viață", „lipsa de scop" și „scopuri vagi în viață"). Astfel, din patruzeci de pacienți, doisprezece (30 de procente) au avut probleme mari implicând sensul (cum reiese din autoevaluări și evaluările terapeuților independenți).

Jill Gardner a studiat optzeci și nouă de pacienți care au apelat la o clinică pentru tratament ambulatoriu.[87] Pacienților li s-a cerut să indice importanța a șaisprezece motive pentru care recurg la terapie. Dintre pacienți, 68% au evaluat „căutarea sensului în viață" ca pe o chestiune „de o importanță mare" sau „moderată". Acest element s-a plasat al nouălea din cele șaisprezece motive luate în considerare, cu mult înaintea altor probleme, precum „doresc să-mi schimb felul în care relaționez cu oamenii" sau „singurătatea".

Lipsa de sens este menționată rar în calitate de entitate clinică deoarece e considerată îndeobște ca o manifestare a unui sindrom clinic primar, mai fundamental și mai familiar. Freud spunea chiar că „în momentul în

care un om se întreabă asupra sensului vieții, el este deja bolnav... Punându-și această întrebare, el doar admite existența unei cantități de libido neconsumate, căreia trebuie să i se fi întâmplat altceva, un gen de fermentație care conduce la tristețe și deprimare".[88] De aceea, lipsa de sens este considerată a fi un simptom al unei maladii grave subiacente, cum ar fi alcoolismul cronic, consumul de stupefiante, stima de sine scăzută sau criza de identitate.

Am dori să examinăm totuși observațiile care au fost făcute cu privire la manifestările clinice ale lipsei de sens. Înainte de toate, ea e ubicuă. Constatarea mea e că aproape toți pacienții cu care am lucrat fie și-au exprimat spontan preocuparea pentru lipsa de sens din viață, fie au răspuns prompt la sondajele mele în această direcție.

Vidul existențial și nevroza existențială. Frankl distinge două stadii ale sindromului lipsei de sens: vidul existențial și nevroza existențială. Vidul existențial – sau, cum îl numește uneori, „frustrarea existențială" – este un fenomen frecvent caracterizat printr-o stare subiectivă de plictis, apatie și gol interior. Individul se simte cinic, lipsit de direcție și își pune sub semnul întrebării cele mai multe activități din viață. Unii se plâng de un vid și de o nemulțumire vagă în momentul în care săptămâna încărcată se termină („nevroza de duminică"). Timpul liber îl face pe individ capabil să-și dea seama de faptul că nu *vrea* să facă nimic. Frankl susține că frustrarea existențială crește ca frecvență și se răspândește în toată lumea. Într-un studiu, el constată existența „vidului existențial" la 40 de procente din studenții vienezi și la 81 de procente dintre studenții americani.[89] Într-un alt studiu, el vorbește despre răspândirea fenomenului în zone precum Cehoslovacia, țările blocului sovietic și în Africa.[90] Alois Habinger indică o creștere a incidenței frustrării existențiale printre tinerii din Viena, în cei doi ani între 1970 și 1972, de la 30 la 80 de procente![91] Deoarece metoda de cercetare nu e indicată în niciunul dintre aceste studii (mai puțin comentariul că e vorba de „o cercetare statistică improvizată"), nu putem lua *ad literam* aceste date hiperbolice: însă, dacă ele reflectă incidența vidului existențial, vor trebui luate în seamă.

Dacă pacientul dezvoltă dincolo de sentimentul explicit al lipsei de sens o simptomatologie nevrotică manifestă, atunci, în terminologia lui Frankl, el dezvoltă o nevroză existențială sau „noogenică". El postulează un *horror vacui psihologic: unde există un vid (existențial) sesizabil, simptomele se vor grăbi*

 să ocupe locul liber. Potrivit lui Frankl, nevroza noogenică poate lua orice formă clinică; el menționează diverse simptomatologii – alcoolism, depresie, obsesie, delincvență, hipersexualitate, imprudență. Ce diferențiază nevroza noogenică de cea normală e că simptomele sunt o manifestare a blocării voinței de sens. Și tiparele comportamentale reflectă criza sensului. Frankl susține că dilema omului modern e dată de faptul că instinctul nu-i spune ce *trebuie* să facă și nici nu există o tradiție care să-i spună ce *se cade* să facă. De asemenea, individul nu știe nici ce vrea. Două reacții comportamentale comune la această criză a valorilor sunt *conformitatea* (a face ce fac alții) și *supunerea la totalitarism* (a face ce doresc alții).

Cruciadismul, nihilismul și vegetarea. Salvador Maddi sugerează că o bună parte din psihopatologia de azi emană din sentimentul unei lipse de sens.[92] (Să remarcăm totuși că materialul clinic al lui Maddi este limitat[93], iar poziția sa de bază e cea a unui macroteoretician și psiholog academic.) El descrie trei forme de „boală existențială" (după cum numește el lipsa de sens omniprezentă): cruciadismul, nihilismul și vegetarea.

Cruciadismul (numit și „aventurism"[94]) e caracterizat de o înclinație puternică de a căuta și a te dedica unor cauze dramatice și importante. Acești indivizi sunt demonstranți care își caută o cauză; ei îmbrățișează cauze aproape indiferent de conținutul lor. De îndată ce o cauză se epuizează, acești activiști puri și duri trebuie să-și găsească o alta, pentru a fi cu un pas înaintea lipsei de sens care-i urmărește.

Faptul că un „cruciat" e în căutare de cauze aproape fără să discrimineze între ele nu implică, desigur, că majoritatea sprijinitorilor unei mișcări sociale trebuie considerați ca fiind similar motivați. Nici zelul pentru o schimbare socială nu trebuie privit neapărat ca un mecanism de apărare. Însă implicarea într-o mișcare socială este consumatoare de timp, epuizantă, implică nesupunerea civică și adesea prezintă pericol. Când scopurile mișcării sunt atinse, spre deosebire de „cruciat", participanții se întorc de regulă la problemele și viețile lor de fiecare azi. Cruciadismul, după cum îl descrie Maddi, va fi deci o formațiune reacțională; individul se angajează compulsiv în activități ca răspuns la sentimentul lipsei de sens.

Nihilismul se caracterizează printr-o înclinație activă și permanentă de a discredita activitățile pe care ceilalți le cred înzestrate cu sens. Energia nihilistului și comportamentul său izvorăsc din disperare; el își ur-

mărește plăcerea obținută în urma furiei distrugerii după cum arăta Maddi:

Acesta va sublinia iute că iubirea nu e altruistă, ci egoistă, că filantropia e folosită pentru a diminua vinovăția, că, în loc să fie inocenți, copiii sunt răi, că liderii sunt vanitoși și îmbătați de putere în loc să fie inspirați de o viziune măreață, că munca nu e productivă, ci, mai degrabă, o spoială a civilizației care ascunde monștri din noi.[95]

Nihilismul este atât de frecvent, sugerează Maddi, că nici măcar nu e recunoscut ca fiind o problemă; el se pretinde chiar o abordare extrem de inteligentă și sofisticată a vieții. Maddi îl citează pe romancierul și cineastul Alain Robbe-Grillet, scenaristul filmului *Anul trecut la Marienbad* care conține în aparență fire epice cu sens, dar fiecare dintre ele zădărnicește orice încercare a spectatorului de a-i descoperi sensul. Filmul, sugerează Maddi, a vrut de la bun început să zădărnicească orice căutare a sensului, pentru a demonstra inutilitatea credinței că orice trebuie să aibă sens.

Forma *vegetativă* a maladiei existențiale este gradul cel mai înalt al lipsei de sens. Individul nu mai caută compulsiv un scop în varii angajamente; de asemenea, el nu se mai năpustește la sensurile îmbrățișate de alții. În schimb, se cufundă într-o profundă stare de lipsă de sens și apatie – o stare care se exprimă abundent în plan afectiv, cognitiv și comportamental. Componenta *cognitivă* este dată de inabilitatea cronică de a crede în utilitatea sau valoarea vreunei acțiuni în viață. Tonalitatea *afectivă* e una a aplatizării și a unui plictis omniprezent, punctate de depresii episodice. Pe măsură ce maladia progresează, individul se cufundă în indiferență, iar perioadele de depresie devin mai puțin frecvente. Per total, tulburările *comportamentale* sunt slabe sau moderate, însă mai importantă este lipsa de selectivitate a comportamentului: devine irelevant pentru subiect ce activități desfășoară.

Tendința vegetativă este foarte răspândită în cultura contemporană. Maddi sugerează că ea e clar reflectată de creații artistice precum filmele lui Antonioni, în *Țara Pustie* a lui T.S. Eliot, în *Povestea zoologică* a lui Edward Albee sau în *Balconul* lui Jean Genet. Filmul *Easy Rider* (1969) oferă un exemplu deosebit de bun pentru ce înseamnă apatia și lipsa de sens.

Indivizii care sunt pe cale de a dezvolta un sindrom vegetativ ajung să recurgă la terapie pentru depresia asociată și dubiile dureroase care-i fră-

 mântă. Terapeutul poate remarca faptul că un astfel de pacient nu este afectat de vinovăţie, de chestiuni legate de stima pe care şi-o poartă ori de manifestări ale unor preocupări agresive sau sexuale. În schimb, pacientul exprimă preocupări precum: De ce să munceşti toată viaţa dacă, până la urmă, tot mori? De ce să-ţi petreci jumătate de viaţă la şcoală? De ce să te căsătoreşti? De ce să-ţi întemeiezi o familie? De ce să ai parte de lipsuri? Nu sunt oare toate valorile arbitrare şi toate scopurile iluzorii?

Dacă afecţiunea progresează netratată, pacientul se cufundă progresiv în indiferenţă. El se poate retrage din orice angajament în viaţă şi poate deveni un ermit, un alcoolic, un vagabond sau poate adopta un model de viaţă asemănător. Maddi sugerează că mulţi pacienţi instituţionalizaţi suferă de o formă vegetativă a lipsei de sens, însă, deoarece trebuie etichetaţi potrivit nosologiei oficiale, sunt consideraţi pur şi simplu drept schizofrenici – termen care acum e recunoscut ca nepotrivit. Unii pacienţi vegetativi sunt diagnosticaţi ca suferind de o psihoză depresivă. Chiar dacă nu manifestă semne şi simptome ale depresiei, presupunerea este că, dacă sunt vegetativi, ei trebuie să fie şi deprimaţi. Maddi susţine că măcar o parte din pacienţii internaţi cu un astfel de diagnostic sau alte etichete improvizate pot fi consideraţi, mai adecvat, ca având o boală existenţială.

Activitatea compulsivă. Formele clinice de absenţă a sensului nu sunt desigur observate îndeobşte ca entităţi de sine stătătoare, ci reprezintă paradigme clinice. Caracteristicile şi gradul de severitate variază de la pacient la pacient, adesea intervenind şi alte simptome. Din experienţa mea, una dintre cele mai comune forme ale lipsei de sens este dată de activitatea frenetică, în stare să consume energiile individului atât de mult, încât problema sensului este purificată de conţinutu-i toxic. Acest model este legat de „cruciadism", dar e mai vast ca arie de acţiune. Nu doar cauzele sociale dramatice, dar şi orice activitate omenească cu putere de atracţie poate fi investită, astfel încât să funcţioneze ca o caricatură a sensului. Când activitatea nu este în mod intrinsec „bună" sau „justă", atunci, mai devreme sau mai târziu, ea ne va dezamăgi. Acest fenomen, pe care James Pike îl numea „centrarea greşită" asupra vieţii[96], intră, de regulă, în atenţia clinicianului atunci când purtătorul de sens a dispărut sau e într-un pericol evident de a dispărea. Abundă exemplele în care indivizii care-şi caută un sens în poziţia socială, prestigiu, posesiuni materiale sau putere sunt brusc forţaţi să se întrebe cu privire la valoarea acestor scopuri în viaţă.

Harvey, un pacient de patruzeci și opt de ani, oferă o ilustrare clinică. Harvey a venit la terapie din motive neobișnuite: l-a adus aici o ceartă cu soția în legătură cu niște bilete de avion la clasa întâi. Circumstanțele erau după cum urmează. Tatăl lui Harvey era un comerciant din clasa de mijloc, dominat de o activitate compulsivă. Întreaga familie, inclusiv Harvey, muncea ore lungi, șapte zile pe săptămână în magazinul familiei. Treptat, afacerea a crescut, adăugându-se un al doilea și un al treilea magazin. Afacerea constituia universul familiei și al lui Harvey. El adera la etica muncii adoptată de familie și considera prosperitatea afacerii ca rațiunea sa de a fi. Orele lungi la muncă, din copilărie chiar, l-au împiedicat să-și dezvolte prietenii importante cu bărbați sau relații heterosexuale, iar în momentul în care a terminat liceul, nu petrecuse încă nicio noapte altundeva decât acasă. Identitatea sa era cea a unui „băiat bun", care nu punea niciodată întrebări, nu se revolta și nu se gândea niciodată profund la viață sau la el însuși.

După ce a terminat facultatea (cu profil economic), a preluat afacerea familiei (tatăl său murise îmbrăcat în hainele de lucru) și a avut o carieră strălucită. Printr-o varietate de circumstanțe – o căsătorie excelentă din punct de vedere economic, un partener excelent și cu experiență, ca și datorită inteligenței sale prevăzătoare – a construit o rețea națională de magazine, pe care mai apoi le-a vândut pentru o sumă gigantică unei mari corporații. La treizeci de ani strânsese o avere de câteva milioane de dolari, la valoarea din 1965. În acest moment ar fi putut să se relaxeze o vreme și să se gândească poate la ce urmează, la încotro și la pentru ce. În schimb, s-a aruncat într-o altă afacere și a ajuns repede să muncească peste șaptezeci de ore pe săptămână, fiind atât de acaparat, că mariajul a ajuns să-i fie periclitat. Când a apelat la terapie, avea planuri pentru un al treilea imperiu, căci voia să vadă dacă poate să pornească o afacere de la zero, cu capital puțin, fără parteneri de afaceri și consiliere (echivalentul în domeniul economic al supraviețuirii în sălbăticie). Harvey și-a dat seama că există niște discordanțe deranjante. Practicile economice ale familiei din care provenea încă îl caracterizau; și în pofida faptului că venitul său, fie și cel provenit doar din dobânzi, era enorm, căuta prin ziare lichidări de stoc și era dispus să conducă mai multe mile pentru a economisi câțiva dolari la achiziția unui televizor.

 Însă biletul de avion a fost cel care l-a împins să acorde o atenție serioasă scopurilor sale în viață. El și soția sa plănuiau, împreună cu un alt cuplu, o vacanță în Orient. Diferența între clasa întâi și cea economică pentru zborul de douăsprezece ore era de câteva sute de dolari pentru fiecare bilet. Soția lui Harvey, prietenul său (care se întâmpla să lucreze pentru Harvey) și soția acestuia doreau să călătorească la clasa întâi. Harvey însă a refuzat să cheltuiască banii în plus pentru un fotoliu mai larg și șampania gratuită (cum o spunea el); așa că a rezervat un bilet la clasa economică, în vreme ce ceilalți trei, inclusiv soția sa, au călătorit la clasa întâi! Harvey era dotat cu un dezvoltat simț al umorului și a recunoscut comicul situației; totuși, era extrem de tulburat de situație și a devenit angoasat, insomniac și ipohondru. Este punctul în care a venit la terapie.

În cadrul terapiei, episodul cu biletul de avion a devenit pivotal pentru o discuție despre valori cu implicații profunde. Dacă banii trebuiau cheltuiți cu generozitate pentru banalul confort, atunci de ce se mai omora Harvey să facă și mai mulți bani? De ce să-și dăruiască întreaga viață banului? Avea deja mai mult decât putea cheltui și dovedise deja că poate să câștige. A început să-și pună sub semnul întrebării sistemul de valori de o viață. Unul dintre primele lucruri pe care Harvey le-a înțeles în terapie a fost că și-a focalizat greșit viața, deoarece bunurile materiale ofereau în cel mai bun caz un sentiment fragil al sensului – unul care nu rezistă analizei.

Elementul care l-a împins pe Harvey într-o criză a sensului a fost că își atinsese repede scopul în viață (întotdeauna un pericol într-o structură de sens care nu presupune transcenderea de sine). Alte evenimente care pot provoca o astfel de criză includ confruntarea cu moartea sau anumite experiențe-limită, care pun în fața ochilor individului situația existențială în care se găsește și arată lipsa de substanță a multor sisteme de sens. Anumite schimbări de proporții sau distrugeri ale riturilor și ale ordinii sociale tradiționale pot și ele pune în lumină anumite valori (de pildă, cele din practicile sociale ale „comunității"): individul nu doar că nu mai e recompensat din exterior pentru respectarea ritualului, dar, mai important, își dă seama de relativitatea absolută a valorilor pe care le consideră absolute.

Unii pacienți suferă o criză a sensului ca urmare a psihoterapiei. Pe măsură ce pacienții se analizează în profunzime și își croiesc perspecti-

ve asupra lor înșiși, tipicurile compulsive vechi sunt subminate și eventual dezinvestite. Pacienții care aproape întreaga viață au trăit exclusiv între granițele unor tipare comportamentale repetitive se confruntă cu libertatea de care compulsivitatea i-a ferit. De exemplu, pacientul compulsiv sexual pe care l-am descris în capitolul 5, Bruce, și-a umplut timpul „liber" sau de reflecție cu ocupații sau fantezii de natură sexuală. Când, ca urmare a unei terapii eficace, compulsivitatea lui Bruce a slăbit, el a trecut printr-o criză a sensului. (Nu că ar fi avut anterior un sentiment satisfăcător al sensului, dar activitatea sa compulsivă a furnizat un antidot puternic pentru lipsa de sens – anume *angajarea*. Problema era *conținutul* angajamentului compulsiv, atât de limitat și restrictiv, ce-l făcea să nu-și dea seama de o mulțime de potențialuri profund omenești. De aceea, nu avusese nicio criză profundă a sensului în viață. În schimb, simțea o uriașă vinovăție existențială – vinovăția că nu-și valorificase resursele interioare.)

Când Bruce s-a întâlnit pentru prima dată cu viața *eliberat* de activitatea compulsivă, viața îi părea plată, lipsită de culoare, insipidă și mai presus de toate lipsită de sens. Din acest moment, am început să explorăm scopuri, să examinăm ce anume îi spunea lui Bruce înțelepciunea sa interioară despre care ar trebui să-i fie fundamentele vieții.

Cercetarea clinică

Testul scopului în viață. În 1964, James Crumbaugh și Leonard Maholick, doi psihologi care au fost influențați profund de opera lui Viktor Frankl, au publicat un instrument psihometric pentru măsurarea scopului în viață.[97] Acest chestionar, *Testul scopului în viață* (*The Purpose in Life Test – PIL*), constă în douăzeci de itemi care trebuie evaluați pe o scală de la unu la șapte.* La fiecare item, poziția a patra era desemnat ca „neutră", oferindu-se pentru pozițiile 1 și 7 termeni descriptivi diferiți. De exemplu, primul item începea cu „Sunt de obicei…"; poziția 1 era definită drept „complet plictisit", iar numărul 7 ca „exuberant, entuziast". Ceilalți nouăsprezece itemi, cu cele două puncte de ancorare erau:

* Instrumentul includea la început două secțiuni suplimentare: o parte care solicita completări la treisprezece itemi și un paragraf cu sfârșit deschis, în care trebuia să se scrie despre ambițiile și scopurile personale; totuși, doar prima secțiune a fost folosită în cercetările ulterioare.[98]

2. Viața mi se pare:	(1) o rutină completă;	(7) întotdeauna interesantă.
3. În viață	(1) nu am niciun scop;	(7) am scopuri clare.
4. Existența mea	(1) e lipsită de sens și scop;	(7) are cu adevărat sens și scop.
5. Zilele	(1) sunt toate aidoma;	(7) sunt permanent pline de nou și diferite.
6. Dacă aș putea alege	(1) aș prefera să nu mă fi născut;	(7) să mai am nouă vieți ca asta.
7. După ce ies la pensie	(1) voi lenevi cât îmi mai rămâne de trăit;	(7) voi face lucrurile interesante pe care am dorit mereu să le fac.
8. În atingerea scopurilor în viață	(1) n-am făcut niciun progres;	(7) am reușit să le împlinesc pe toate.
9. Viața mea	(1) e goală, populată doar de disperare;	(7) debordează de lucruri care mă țin în priză.
10. Dacă aș muri azi, mi-aș considera viața	(1) complet inutilă;	(7) foarte valoroasă.
11. Când mă gândesc la viața mea	(1) mă întreb de ce exist;	(7) mi se pare că am mereu un motiv să fiu aici.
12. În raport cu viața mea, lumea	(1) îmi creează confuzie;	(7) se potrivește cu viața mea, de o manieră cu sens.
13. Sunt	(1) extrem de iresponsabil;	(7) foarte responsabil.
14. Cât privește libertatea omului de a alege, cred că el e	(1) determinat complet de ereditate și mediu;	(7) absolut liber în toate deciziile de viață.
15. Față de moarte	(1) sunt nepregătit și speriat;	(7) pregătit și fără teamă.
16. La sinucidere	(1) m-am gândit ca la o posibilitate serioasă de a încheia viața;	(7) nu m-am gândit.
17. Îmi consider abilitatea de a găsi sens, scop sau o misiune în viață	(1) egală cu zero;	(7) foarte mare.
18. Viața mea e	(1) în afara controlului meu, controlată de factori externi;	(7) în propriile mâini, sub control.
19. Sarcinile de zi cu zi sunt	(1) grele și plictisitoare;	(7) o sursă de plăcere și satisfacție.
20. Ce am descoperit:	(1) chiar nimic în materie de misiune și scop în viață;	(7) obiective clare și un scop în viață satisfăcător.

Testul PIL s-a bucurat de o largă utilizare; folosindu-l ca instrument de măsurare fundamental, au fost scrise mai mult de cincizeci de teze de doctorat cu privire la scopul vieții; însă, înainte de a discuta unele din rezultatele acestor cercetări, voi examina mai îndeaproape validitatea instrumentului.

Înainte de toate, conținutul itemilor se referă la câteva concepte diferite. Opt puncte (3, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 20) se ocupă explicit cu sensul vieții (scop, misiune); șase puncte (1, 2, 5, 6, 9, 19) se referă la satisfacția în viață (viața e plicticoasă, rutinată, interesantă sau grea); trei puncte (13, 14, 18) se referă la libertate; un punct (15) la teama de moarte; altul (16) la tentația sinuciderii, iar altul (10) la valoarea propriei vieți. În opinia mea, această confuzie conceptuală ridică serioase semne de întrebare cu privire la validitatea instrumentului. Deși, de pildă, satisfacția

în viață sau luarea în calcul a sinuciderii pot fi legate de sensul în viață, ele sunt încă și mai evident legate de alte stări psihologice, mai ales de depresie. Autorii testului au furnizat puține informații cu privire la metodele care au condus la selecția itemilor sau a comportamentelor asociate. În lumina acestor deficiențe, un autor care a efectuat o recenzie a sugerat că un singur punct, „Cât sens are viața ta?", poate fi la fel de valid cât întreaga scală.[99]

În plus, PIL este evident afectat de dezirabilitatea socială (a înregistrat un coeficient de corelație de 0.57 pe scala Marloew-Crowne a dezirabilității sociale).[100] După cum au subliniat criticii,[101] PIL pleacă de la anumite judecăți de valoare: de exemplu, el presupune că acceptarea responsabilității este echivalentă cu un sentiment pozitiv al sensului vieții. Deși aceasta e o ipoteză interesantă, nu e clar dacă responsabilitatea și sensul sunt astfel corelate.

Charles Garfield a administrat testul PIL unor subiecți care aparțineau unor subculturi diferite (locuitori din ghetouri, ingineri, persoane aflate la studii postuniversitare de psihologie și religie, indivizi care au ales traiul în comun), iar mai apoi a intervievat subiecții care au înregistrat punctaje mici, medii și mari, pentru a determina ce înseamnă pentru ei fiecare item.[102] În funcție de cultura fiecăruia, subiecții le-au interpretat de o manieră extrem de particulară. De pildă, la punctul 9 (Viața mea: e goală, populată doar de disperare; (sau) debordează de lucruri pasionante"), locuitorii din ghetouri s-au gândit la burți goale, cei care trăiau în comun au interpretat itemul prin raportare la „golirea" prin pierderea de sine în meditație și extaz, inginerii au echivalat „golul" cu plictisul, iar cei ce studiau psihologia au considerat că „lucrurile care ne țin în priză" nu sunt ceva bun, ci se leagă de agitație și activitatea nervoasă. Răspunsuri divergente similare legate de alte puncte au pus în evidență că nu doar exprimarea e ambiguă, dar în plus testul implică multe presupuneri valorice provenite din etica protestantă, prețuindu-se acțiunea cu scop, orientarea către viitor, activitatea mai mult decât pasivitatea și pozitivitatea nivelurilor de stimulare mai ridicate.

Criticile sunt substanțiale, devastatoare chiar, iar lor nu li s-a dat un răspuns satisfăcător din partea cercetătorilor care utilizează PIL. De aceea, e dificil să ai o încredere ridicată în acest instrument. Totuși, el e singurul pe care îl avem la dispoziție, unicul instrument care a fost utilizat pe sca-

 ră largă pentru studierea lipsei de sens. Cu aceste rezerve, aş dori să examinez câteva rezultate ale cercetărilor.

Înainte de toate, mai multe studii cu privire la validitate au arătat că rezultatele testului se corelează satisfăcător cu evaluările terapeuților privind scopul în viață al pacienților (o corelație de 0,38) și cu evaluările preoților la adresa enoriașilor (0,47).[103] În mare, pacienții înregistrează un scor PIL mai scăzut în comparație cu populația sănătoasă (deși unele studii sunt echivoce; de pildă, unul a arătat diferențe surprinzător de mici între scorurile pacienților internați în clinici psihiatrice și cel al studenților – 108 față de 106).* [104] PIL pare, de asemenea, a măsura o variabilă de personalitate independentă: el nu se corelează bine cu alte scale (exceptând scala MMPI a depresiei[105], unele suprapuneri cu scala Srole a anomiei și, după cum am subliniat, cu scala dezirabilității sociale).

PIL a fost utilizat în numeroase contexte clinice, pe eșantioane diverse. Adolescenții delincvenți[106] și liceenii consumatori de droguri[107] au înregistrat scoruri PIL mici. Pacienții internați din cauza alcoolismului cronic și a tulburărilor psihotice au înregistrat scoruri mai scăzute față de pacienții nevrotici din ambulatoriu.[108] Scorul mediu al pacienților, internați sau nu, este semnificativ mai mic în raport cu cel al unui eșantion de indivizi normali.[109] Alcoolicii au înregistrat scoruri extrem de mici.[110] Un alt studiu a consemnat scoruri doar puțin sub normal pentru cei internați din cauza alcoolismului, dar a arătat că, după o lună de tratament, scorul PIL a crescut semnificativ.[111] Un studiu asupra pacienților unei clinici britanice tratați în regim ambulatoriu a demonstrat că pacienții mai nevrotici și mai introvertiți (potrivit inventarului de personalitate Eysenck) au scoruri PIL mai mici.[112] Adaptarea sexuală a fost studiată într-un grup de studenți normali, constatându-se că studenții inadaptați înregistrează scoruri PIL mai mici.[113] Un alt studiu a comparat scorurile PIL ale unor pacienți cu suferințe fizice și a făcut o descoperire interesantă: pacienții ale căror vieți erau în pericol au înregistrat scoruri PIL mai mari decât cei care aveau suferințe minore sau decât indivizii sănătoși.[114] Autorii au speculat că rezultatele indică faptul că apropierea morții a determinat pacienții cu suferințe critice să se împace cu propriile vieți, să-și „rezolve" dubiile și să atingă pacea interioară.

* Să remarcăm că aici există douăzeci de itemi, fiecăruia fiindu-i asociată o scală de șapte puncte: cel mai mare scor este deci 140, iar cel mai redus 20.

Relația între atitudinile și valorile sociale și religioase (potrivit Chestionarului Valoric Rokeach) a fost insistent studiată. S-a demonstrat că un scor PIL mic se corelează cu valorizarea puternică a hedonismului, a excitației simțurilor și a confortului.[115] Un scor PIL mare se corelează în schimb cu convingeri religioase puternice, care joacă un rol central în viața individului.[116] (Totuși, un alt studiu nu a putut replica rezultatele.[117]) Alt studiu demonstrează o corelație între un punctaj PIL mare și conservatorism, antihedonism, valori puritane religioase și idealism.[118] Călugărițele dominicane care făceau studii universitare aveau punctaje PIL mai mari decât cele fără facultate.[119] Două studii demonstrează că un scop înalt în viață este corelat cu o angoasă de moarte redusă.[120]

Am discutat ceva mai sus modul în care implicarea într-un grup sau pentru o cauză importantă sporește sentimentul sensului. Mai multe studii au testat ideea și au demonstrat că un scor PIL mare se corelează cu implicarea în grupuri organizate (religioase, etnice, politice sau aflate în serviciul comunității)[121], ca și cu implicarea în activități sportive și hobbyuri.[122] (Un alt studiu nu demonstrează totuși o corelație între activismul social – demonstrațiile pentru drepturile cetățenești – și scorul PIL.[123] Ar putea fi asta oare rezultatul prezenței unor „cruciați" de-ai lui Maddi?) Un studiu australian consemnează corelația între un scor PIL mare și o atitudine pozitivă față de lume, orientarea spre obiective și scopuri ce transcend propria persoană (altfel spus interese care se extind dincolo de confortul material și mental personal).[124] Un alt studiu arată că un student cu un punctaj PIL mare e mai probabil să-și fi urmat chemarea în comparație cu unul cu punctaj PIL mic.[125] Totuși, un studiu realizat printre cei care ocupă funcții de conducere în firme și printre asistente nu a evidențiat nicio relație între scorurile PIL și atitudinea față de muncă și motivație.[126]

În sfârșit, s-a demonstrat că locuitorii din ghetouri, negri[127] sau mexicani[128], au scoruri PIL mai mici. Constatările în ceea ce privește relația între PIL și clasa socio-economică sunt în schimb contradictorii[129], și la fel stau lucrurile și în ceea ce privește distribuția pe sexe, dar în general la bărbați se constată existența unor punctaje mai mari.[130]

Indicele atitudinii față de viață. Înainte de a examina implicațiile acestor descoperiri, aș dori să examinez pe scurt celălalt instrument construit pentru a studia sensul vieții. Indicele atitudinii față de viață (John Battista și Richard Almond) e mai sofisticat din punct de vedere conceptual ca

 PIL, dar, din păcate, nu a fost pus la lucru după ce a fost creat.[131] Indicele diferențiază între itemii legați de „cadrul de referință" (cum ar fi „Am o idee clară cu privire la ce vreau să fac în viață") de cei legați de împlinire (cum ar fi „Simt că trăiesc pe deplin"). Autorii sugerează că atât din perspectiva viitorului, cât și opinia că se poate vorbi o împlinire reală din acea perspectivă sunt deopotrivă necesare pentru sentimentul scopului în viață. Instrumentul a fost validat cu succes în interviuri cu subiecți, se corelează bine cu PIL și este probabil lipsit de bruiajul introdus de dezirabilitatea socială. A fost explorată relația între un sentiment pozitiv al valorii de sine și atitudinea față de viață (sensul vieții). Autorii au conchis că un nivel satisfăcător al sentimentului pozitiv al valorii de sine este necesar, dar nu și suficient pentru un sentiment dezvoltat al sensului în viață: altfel spus, este posibil ca un individ care are o stimă de sine dezvoltată să aibă un sentiment slab al sensului în viață, dar nu e posibil ca un individ care nu se prețuiește să aibă un sentiment dezvoltat al sensului vieții sale. După cum sugera Erik Erikson, individul trebuie să își ducă la îndeplinire sarcina de a-și construi o valoare personală și o identitate înainte de a deveni capabil să dezvolte un sentiment satisfăcător al sensului în viață.

Cercetările sugerează că un sentiment pozitiv al sensului în viață depinde de o anumită potrivire între scopurile și valorile personale și rolurile și nevoile structurii sociale în mijlocul căreia se găsește individul. În fine, autorii demonstrează că individul posedă un sentiment mai intens al sensului dacă se percepe ca progresând spre îndeplinirea scopurilor într-un ritm satisfăcător.

Rezumat al rezultatelor cercetărilor. Cercetările empirice asupra sensului în viață converg spre următoatele:

1. Lipsa unui sentiment al sensului în viață e asociată cu psihopatologia de o manieră aproape liniară: mai precis, cu cât sentimentul sensului e mai slab, cu atât mai importantă e severitatea psihopatologiei.
2. Un sentiment pozitiv al sensului în viață se asociază cu convingeri religioase profunde.
3. Un sentiment pozitiv al sensului în viață se asociază cu valori ce transcend propria persoană.

4. Un sentiment pozitiv al sensului în viață se asociază cu participarea la grupuri, devotamentul pentru o cauză și adoptarea unor scopuri clare în viață.
5. Sensul vieții trebuie privit din punctul de vedere al dezvoltării: tipurile de sens ale vieții se schimbă pe parcursul existenței individului; alte sarcini din cadrul dezvoltării trebuie să preceadă dezvoltarea unui sentiment solid al sensului.

O atenționare: e important să remarcăm modul în care sunt exprimate aceste concluzii. Expresia „se asociază cu" e repetată: de pildă, un sentiment slab dezvoltat al sensului în viață „se asociază cu" prezența psihopatologiei. Totuși, asta nu înseamnă că ar exista vreo dovadă a faptului că absența sensului *cauzează* patologia. Toate cercetările sunt corelative: ele demonstrează doar că un sentiment redus al sensului în viață și patologia apar împreună. Pornind la aceste date empirice se poate argumenta că sentimentul redus al sensului în viață depinde funcțional de patologie (adică e un simptom al acesteia). Într-adevăr, un studiu demonstrează că la pacienții deprimați sentimentul sensului în viață crește dramatic în urma terapiei cu șocuri electrice![132]

11

Lipsa de sens și psihoterapia

În capitolul anterior am abordat problema sensului așa cum e ea pusă în mod convențional. Sensul în viață e un construct psihologic important, care *prima facie* ne afectează profund pe fiecare dintre noi. Am acceptat acest construct așa cum ne-a fost el dat și, de aceea, am discutat șirul de activități în viață de natură să ne procure sens, descriind manifestările patologice ale stării fenomenologice a lipsei de sens.

Mă voi referi acum la problema cotidiană pe care terapeuții o întâlnesc nemijlocit când pacienții declară că viața lor nu are sens. Un terapeut care acceptă modul în care pacientul pune problema e mai degrabă înclinat să împărtășească împreună cu el sentimentul lipsei de soluții. Unui astfel de terapeut i se aduce aminte de faptul că nici el n-a trebuit decât în parte să-și găsească un sens în viață. Cum e posibil, se întreabă terapeutul, să rezolv pentru altul ceea ce nimeni nu poate rezolva pentru sine? Terapeutul poate conchide că problema e insolubilă, așa că va căuta căi de a o ocoli în terapie.

Pentru a evita o astfel de succesiune de evenimente care nu duce la vindecare, primul pas al terapeutului trebuie să fie de a *nu* accepta ca problema să fie pusă așa cum o face pacientul. În schimb, trebuie să examineze riguros legitimitatea plângerii că „viața nu are sens". Dacă sunt analizate bazele pe care sunt așezate plângerile – altfel spus, sensul întrebării „Ce sens are viața?" – putem descoperi că, adesea, într-o mare măsură, întrebarea ascunde o serie de presupoziții.

Înainte de toate, așa cum e pusă de regulă, întrebarea presupune că există în viață un sens pe care pacientul e incapabil să-l identifice. Întrebarea intră în conflict cu perspectiva existențială asupra omului, văzut ca subiect ce conferă sensuri. Nu există un proiect prestabilit, un scop „din-

colo de noi". Cum ar putea să fie câtă vreme fiecare dintre noi constituie ce e „dincolo de noi"?

Un alt viciu frecvent al întrebărilor referitoare la sensul vieții e că sunt adesea amestecate cu o mulțime de alte probleme. Când aceste griji sunt disecate și separate, criza principală, a sensului, devine mai puțin periculoasă și mult mai ușor de tratat. Voi încerca să rafinez problema clinică a sensului în viață, examinând întâi de ce avem nevoie de sens, iar mai apoi diferitele griji ce complică adesea problema.

De ce avem nevoie de sens?

Decenii de cercetare empirică au stabilit că organizarea neuropsihologică a percepției ne face să așezăm instantaneu într-un tipar stimulii aleatorii. Mișcarea gestaltistă din psihologie, fondată de Wolfgang Köhler, Max Wertheimer și Kurt Koffka, a generat o cantitate enormă de cercetări, atât în domeniul percepției, cât și al motivației, care demonstrează că organizăm diverșii stimuli ca și datele comportamentale și psihologice în *Gestalten*, în configurații sau tipare. Astfel, când vedem câteva puncte așezate aleatoriu pe un tapet, le grupăm în figuri și fond; când ni se arată un cerc întrerupt, îl vom percepe drept complet; când ni se prezintă diverse date comportamentale – de pildă, un sunet straniu în noapte, o expresie facială neobișnuită, un incident internațional fără noimă – vom găsi un „sens" încadrând totul într-o schemă explicativă familiară. Când oricare dintre acești stimuli sau aceste situații nu se pretează asimilării într-un tipar, ne simțim neliniștiți, enervați și nesatisfăcuți. Disconfortul persistă până în momentul în care o înțelegere mai completă ne permite să încadrăm situația într-un tipar mai amplu care poate fi recunoscut.

Implicațiile unor astfel de tendințe de a atribui un sens sunt evidente. După cum organizăm stimulii aleatorii și evenimentele din lumea noastră de toate zilele, așa ne vom aborda și situația existențială. Lumea indiferentă și lipsită de tipare ne provoacă disconfort, iar noi pornim în căutarea tiparelor, a explicațiilor și a sensului existenței.

Când individul este incapabil să găsească un tipar coerent, el se simte nu doar iritat și nesatisfăcut, ci și neajutorat. Și totuși scopul pe care și-l creează nu elimină cum trebuie disconfortul, dacă individul continuă să-și amintească faptul că el este autorul scopului. (Frankl compa-

 ră credința în sensuri construite sau „inventate" pentru viață cu frânghia fachirului, pe care și-a aruncat-o în aer, după care reușește să se cațere pe ea, fără să o agațe de ceva.) E mult mai reconfortant să credem că sensul e „dincolo de noi" și că a fost descoperit de cineva. Viktor Frankl insistă că „sensul este înțelesul unei situații care implică o întrebare și solicită un răspuns... există doar câte o soluție pentru fiecare problemă, anume cea corectă; și există câte un sens pentru fiecare soluție, iar acesta este sensul adevărat".[1] El contestă ideea lui Sartre potrivit căreia una dintre greutățile faptului de a fi liber e că trebuie să ne inventăm un sens. În scrierile sale, Frankl spune: „Sensul e ceva ce trebuie găsit mai degrabă decât conferit. Omul nu-l poate inventa, ci trebuie să-l descopere".[2] Poziția lui Frankl este fundamental religioasă și se se bazează pe presupunerea că există un Dumnezeu care a hotărât sensurile pe care noi avem a le descoperi și împlini. Chiar dacă nu-i putem pricepe sensul în întregime, trebuie să credem în existența unei configurații coerente a vieții și în finalitatea suferinței omenești, susține Frankl. La fel cum animalul din laborator nu poate pricepe motivul durerii sale, nicio amenii nu pot descoperi sensul durerii lor, deoarece acesta se plasează într-o dimensiune dincolo de puterea de înțelegere. Însă sunt premisele argumentului suficient de solide? La urma urmei, de ce existența lui Dumnezeu ar trebui să implice că El se află în posesia unui sens pentru viață și, mai presus de toate, a unui scop pentru fiecare dintre noi. Să nu uităm că omul, și nu Dumnezeu, e cel obsedat de scop.

Sensul vieții și valorile

De aceea, unul dintre sensurile sensului e cel de solvent pentru angoasă: se ivește pentru a elimina angoasa care provine din confruntarea cu viața și lumea în lipsa unei structuri prestabilite și reconfortante. Însă mai există un motiv vital pentru care avem nevoie de sens. Odată cu dezvoltarea sentimentului sensului, iau naștere *valorile* — care, la rândul lor, acționează sinergic pentru a spori sentimentul sensului.

Ce sunt valorile și de ce avem nevoie de ele? Tolstoi, când se confrunta cu criza de sens, nu punea doar întrebări care încep cu „De ce..." („De ce trăiesc?"), ci și unele care încep cu un „Cum..." („Cum trebuie să

trăiesc? În conformitate cu ce?"), toate exprimând o nevoie de valori, de un set de repere sau principii care să-i arate cum să trăiască.

Definiția antropologică standard a valorii este: *„O concepție, explicită sau implicită, distinctă pentru fiecare individ sau caracterizând un grup, cu privire la ce este de dorit, și care influențează selectarea modurilor, mijloacelor și scopurilor acțiunii"* (sublinierea mea).[3] Cu alte cuvinte, valorile constituie un cod potrivit căruia poate fi formulat un sistem de acțiune. Valorile ne permit să ierarhizăm cumva posibilele comportamente, în funcție de cum le aprobăm sau le dezaprobăm. Spre exemplu, dacă structura de sens pune accentul pe slujirea altora, atunci individul va putea să dezvolte cu ușurință repere sau valori care îi vor permite să știe când „comportamentul este corect sau incorect". Am subliniat în capitolele anterioare că individul se creează pe sine din mers, printr-o serie de decizii. Însă el nu poate să ia fiecare decizie *de novo* toată viața; este nevoie de anumite decizii supraordonate care să dea un principiu organizator pentru cele ce vor urma. Dacă lucrurile nu ar sta astfel, o bună parte din viață s-ar consuma în agitația luării deciziilor.

Valorile nu doar că oferă individului o structură pentru acțiunea personală, dar totodată fac posibilă conviețuirea în cadrul grupului: Clyde Kluckholm spunea că „viața socială ar fi imposibilă fără ele... Valorile adaugă un element de predictibilitate în viața socială".[4] Cei ce aparțin aceleiași culturi au o concepție comună asupra a „ceea ce există" și, pornind de la această concepție, dezvoltă un sistem de opinii comun cu privire la „ce e de făcut". Normele sociale emană din schema de sens ce întrunește consensul grupului, oferind predictibilitatea necesară pentru a ne putea bizui pe ceilalți și pentru coeziune. Un sistem comun de credințe nu doar că spune indivizilor ce trebuie să facă, dar spune și ceea ce vor face cu mare probabilitate.

Sensul vieții și celelalte griji fundamentale

Nevoile noastre omenești pentru o structură perceptuală globală ca și pentru un sistem de valori pe care să ne fundamentăm acțiunile constituie rațiunile „pure" pentru care căutăm un scop în viață. Totuși, în general, chestiunea sensului nu e pură: și alte chestiuni, dincolo de cea a sensului *per se*, i se alătură și se amestecă laolaltă cu ea.

Să ne întoarcem pentru câteva momente la Tolstoi, care adesea se întreba: „Are viața mea un sens care să nu se distrugă inevitabil odată cu viitoarea mea moarte?"[5], „Faptele mele, oricare ar fi fost, vor fi – mai devreme sau mai târziu – uitate, și nici eu însumi nu voi mai exista. Și atunci, pentru ce să te mai agiți?"[6] Aceste întrebări nu se referă la sens, ci la metasens, și se învârt în jurul problemei efemerului: vom lăsa după noi ceva care să dureze? Nu dispărem oare fără urmă, așa încât viața noastră nu mai contează? Totul să fie oare lipsit de scop dacă, așa cum se lamenta Bertrand Russell, „eforturile din toate epocile, tot devotamentul, toată inspirația și strălucirea geniului omenesc sunt sortite pieirii în vasta moarte a sistemului solar, iar întregul edificiu al realizărilor omului va fi inevitabil îngropat sub ruinele universului?"[7]

Ernest Becker argumentează convingător că „ambiția universală" e cea a „propășirii" (altfel spus, a „experienței continue") și că moartea este inamicul principal cu care trebuie să luptăm. Ființele omenești nu doar că încearcă să depășească moartea în multiplele moduri discutate în prima secțiunea acestei cărți, ci încearcă să și „conteze", să devină importante, să lase ceva în urmă:

> *Omul își depășește moartea nu doar hrănindu-și așteptările [ca în închipuirile simpliste despre ceruri],* ci mai ales găsind un sens pentru viață, o structură mai largă în care să se integreze... *E o expresie a voinței de a trăi, o dorință arzătoare a creaturii de a conta, de a avea o importanță pe pământ deoarece a trăit, s-a născut, a muncit, a suferit și a murit.*[8] *(sublinierea mea)*

De aceea, dorința de a lăsa ceva în urmă care să conteze, ceva deosebit, ar fi, potrivit lui Becker, o expresie a efortului de a depăși moartea. Sensul, utilizat pentru ca viața cuiva să aibă importanță, să fie deosebită, pentru a lăsa ceva din propria personalitate posterității, pare derivat din dorința de a nu muri. Când Tolstoi se lamenta că viața sa nu avea un sens care să reziste inevitabilității morții, el spunea de fapt nu că moartea distruge sensul, ci că nu a găsit un sens care va distruge moartea.

Presupunem mult prea repede că moartea și sensul sunt în întregime interdependente. Dacă e să pierim cu toții, ce sens mai poate avea viața? Dacă sistemul nostru solar se va consuma până la urmă, de ce să

ne chinuim pentru ceva? Și totuși, deși moartea adaugă o anumită dimensiune sensului, sensul și moartea nu trebuie amestecate. Și ce dacă experiențele ajung în memorie, pentru a dispărea definitiv la un moment dat? Ce relevanță are asta pentru sens? Ține pur și simplu de natura experiențelor. Cum ar fi putut fi altfel? Experiențele sunt în timp, iar noi nu putem exista în afara lui. Când încetează, încetează, și nu putem face nimic în legătură cu aceasta. Dispare trecutul? E adevărat, cum o spunea Schopenhauer, că „tot ce a fost există la fel de puțin ca și cum nu ar fi fost niciodată?" Aceasta face amintirea mai puțin „reală"? Frankl susține că trecutul nu e doar real, ci și permanent. El deplânge pesimistul disperat la spectacolul dispariției, una câte una, a paginilor din calendar, și îl admiră pe omul care păstrează fiecare filă și meditează la bucuriile și bogăția fiecărei zi, reprezentate de câte o pagină. O astfel de persoană va gândi: „În locul posibilităților, eu am realitatea trecutului meu".[9]

Aici e vorba despre judecăți de valoare, și nu de judecăți factuale. Nu e deloc un adevăr obiectiv că nimic nu e important decât dacă e veșnic sau conduce la ceva veșnic. *Există cu certitudine scopuri în sine* care nu cer o serie nesfârșită de justificări venite din afara noastră. După cum David Hume o spunea în secolul al optsprezecelea, „un lanț infinit e imposibil, și tot imposibil e ca un lucru să fie oricând temeiul pentru care e dorit altceva. *Ceva trebuie fie dezirabil doar de dragul său* din cauza potrivirii imediate sau a acordului cu sentimentele sau afectele omenești"[10] (sublinierea mea). Dacă nu ar exista scopuri în sine, dacă totul ar trebui justificat de altceva ce, la rândul său, va trebui justificat, atunci vom avea o regresie infinită: lanțul justificărilor nu se va sfârși niciodată.

Nu doar că angoasa de moarte se deghizează adesea ca absență a sensului, dar și angoasa degajată de sesizarea propriei libertăți și izolări este frecvent confundată cu angoasa lipsei de sens. A-ți privi existența ca parte a unui plan superior care există „în realitate" și în care ți se atribuie un rol e o modalitate de negare a libertății și a responsabilității pentru planul și organizarea propriei vieți, ca și o modalitate de a evita angoasa și arbitrarul. Teama de singurătatea absolută împinge către încercarea de identificare cu ceva sau cineva. A fi parte a unui grup mai mare sau a te dedica unei mișcări sau cauze sunt modalități eficace de a nega izolarea.

Problema sensului vieții nu doar că e impurificată de chestiuni care aparțin grijilor fundamentale pentru moarte, libertate și izolare, ci, în plus, e dificil de înțeles fără a lua în calcul preferințele inerente unei culturi anume. O caricatură pe care am văzut-o cândva ilustra bine problema. Un grup de turiști americani asculta pe vârful unui munte, cu interes, cuvintele unui călugăr tibetan. Cuvintele sale erau: „Scopul vieții? Dacă l-aș cunoaște, aș fi bogat!"

Preferințele culturale ilustrate de caricatură influențează punctul de vedere al unui psihiatru eminent care, scriind despre sensul vieții, afirmă cu toată convingerea:

> *Niciun om nu poate reuși sau crea fără încetare. Nimeni nu poate avea permanent succes în activitățile sale. Însă a progresa în direcția potrivită, nu reușita, ci efortul de a reuși, nu a ajunge la un popas, ci a te îndrepta spre el, nu a te culca pe lauri, ci a te strădui să-i capeți, a-ți pune talentele în slujba celor mai creative, constructive și productive utilizări – acesta e probabil sensul fundamental al vieții și singurul răspuns posibil la nevroza existențială care pune piedici eforturilor omenești și mutilează mintea umană.*[11]

Cu același sentiment al convingerii, Frankl califică „reușita" sau „împlinirea" drept o categorie „evidentă" a sensului în viață.[12]

Însă sunt oare lucrurile atât de evidente? Își găsesc strădania, creația, reușita sau avansarea în viață un loc în rândul celor mai profunde straturi ale motivației omenești? Răspunsul e mai mult ca sigur negativ. În alte vremuri ale culturii noastre, efortul direcționat spre scop nu era câtuși de puțin considerat ca un mod acceptabil în comunitate de a găsi un sens în viață. O inscripție de pe un cadran solar antic glăsuiește: *Horas non numero nisi serena* („Orele nu contează dacă nu sunt liniștite"). Fromm remarcă faptul că ambiția arzătoare a omului de a dobândi faimă și succese durabile devine comună începând cu Renașterea, dar e rară la omul medieval. În plus, doar odată cu secolul al XVI-lea, în țările din nordul Europei, a apărut dependența obsesională a omului față de muncă.[13] Credința în „progres", în avansul inexorabil într-o direcție dezirabilă e și ea o concepție de dată recentă, care nu poate fi reperată decât începând de pe la sfârșitul secolului al XVI-lea.

Alte culturi contemporane se împotrivesc nu doar adoptării în calitate de scop a succesului în viață, dar contestă chiar conceptul de „succes în viață". Unul dintre purtătorii de cuvânt cei mai articulați ai unei astfel de viziuni alternative, maestrul zen D.T. Suzuki, într-un eseu strălucit[14], ilustrează aceste atitudini opuse față de viață prin comparația între două poeme. Primul, un haiku din secolul al XVII-lea scris de Basho, spune:

Când mă uit mai atent,
Văd o floare de nazuma înflorind
Lângă gard!

În al doilea poem, Tennyson spune:
Floare din zidul cel crăpat,
Te-am smuls din crăpături
Cu rădăcină cu tot, sub ochi eu te-am avut.
Floarea mea mică – de aș fi priceput
Rădăcinile întregii tale făpturi,
Ce-i omul și ce-i Dumnezeu aș fi aflat.

În haikuul său, Basho pur și simplu observă atent că o nazuma (o plantă ștearsă și nepretențioasă, aproape neglijabilă) înflorește lângă gard. Haikuul comunică (deși, ne spune Suzuki, subtilitățile sensului se pierd prin traducere) o relație caldă, umilă, apropiată și armonioasă cu natura. Basho e tăcut; el simte mult, dar lasă doar ultimele două silabe (numite „kana" în japoneză și redate cel mai bine prin semnul exclamării) să-i comunice sentimentele.

Tennyson este elocvent și activ. El smulge floarea, o rupe de natură „cu rădăcină cu tot" (ceea ce înseamnă că planta trebuie să moară). Tennyson încearcă să analizeze și să înțeleagă floarea; el se depărtează de ea de o manieră obiectiv-științifică. El folosește floarea pentru a afla altceva. Își transformă întâlnirea cu floarea în cunoaștere și, într-un final, în putere.

Suzuki sugerează că acest contrast ilustrează atitudinile occidentale și orientale față de natură și, pe cale de consecință, față de viață. Occidentalul este analitic și obiectiv, încercând să înțeleagă natura disecând-o, iar mai apoi subjugând-o și exploatând-o. Orientalul este subiectiv, integra-

 tiv, totalizator și nu încearcă să analizeze și să supună natura, ci să aibă experiența sa și să se armonizeze cu ea. Prin urmare, contrastul este între modul căutării și al acțiunii pe de o parte, și cel al armonizării și al contopirii, pe de alta, adesea numite „a face", respectiv „a fi".

Dacă vom ieși din pielea noastră de oameni moderni și vom privi înapoi, vom vedea că atitudinea noastră față de sens a suferit o evoluție graduală. Primii creștini valorizau contemplația mai mult decât orice. Să ne amintim de cuvintele lui Hristos: „Și ce ar folosi unui om să câștige toată lumea, dacă și-ar pierde sufletul? Sau, ce ar da un om în schimb pentru sufletul său?"[15]; ori „Uitați-vă cu băgare de seamă cum cresc crinii: ei nu torc, nici nu țes".[16] Primii creștini vedeau munca și bogăția nu ca scopuri care trebuie urmărite, ci ca piedici, care încețoșau mintea și consumau timpul ce trebuie petrecut în slujba lui Dumnezeu. În primele mânăstiri, frații laici erau cei ce efectuau munca fizică; exprimarea estetică (împodobirea manuscriselor) era ceva mai prețuită, dar contemplarea era considerată îndeletnicirea cea mai sfântă. Ierarhia e vizibilă în sculpturile de pe fațada catedralelor romanice.

În Evul Mediu târziu, oamenii încep să dorească să descopere legile naturii și să acționeze în direcția supunerii lumii fizice. Un motiv central din opusculele astrologice din secolul al XIII-lea era cel al „înțeleptului ce domină cerurile". Omul renascentist și-a asumat o atitudine activă față de lume. Personalități precum Leonardo da Vinci, Giordano Bruno și Benvenuto Cellini credeau că lumea există pentru a fi transformată, scoțând astfel ideea de muncă (și de meșteșug) din disprețul în care căzuse.

În secolul al XVI-lea, Calvin a propus un sistem teologic care a influențat ulterior profund atitudinile occidentale față de scopul vieții. Calvin credea că oamenii sunt predestinați prin harul divin să fie sau mântuiți, sau osândiți. Cei aleși știau intuitiv de mântuirea lor prestabilită și, datorită dorinței divine, aveau datoria de a participa activ la ce se întâmplă în lume. Calvin spunea chiar că succesul pământean e semnul că individul e ales de Dumnezeu. Pe de altă parte, cei osândiți se regăseau printre ratații vieții lumești.

Tradiția puritană, influențată de Calvin și de care nu suntem cu totul desprinși, valoriza sacrificiul, munca asiduă, ambiția și poziția în societate. Munca era considerată dumnezeiască; celor leneși le găsea diavolul de lucru. Națiunea era privită ca o ambarcațiune cu rame; fiecare persoană

era parte a echipajului și trebuia să tragă la propria vâslă.[17] Individul putea ori să vâslească, ori să fie un balast inutil, parazit pe seama celorlalți. Această etică a ajutat din plin vitalitatea economică a Statelor Unite, ca tânără țară aflată în ascensiune; însă pentru generații de indivizi, care, într-un fel sau altul, nu se simțeau la înălțime, a creat premisele vinovăției și ale sentimentului inutilității.

Astfel, lumea occidentală a adoptat insidios o viziune asupra lumii în care există un sens, în care acțiunile nu sunt lipsite de efect. Individul luptă pentru un scop. Eforturile individului trebuie să aibă o finalitate, la fel cum predica trebuie să aibă o morală și o coerență, o concluzie satisfăcătoare. Totul este o pregătire pentru altceva. William Butler Yeats se plângea: „Când mă gândesc la toate cărțile pe care le-am citit, la cuvintele înțelepte pe care le-am auzit, la fiorii pe care i-am dat părinților... la speranțele pe care le-am avut, la modul în care viața mea dobândește valoare, totul mi se pare o pregătire pentru ceva ce nu se mai întâmplă niciodată."[18]

Un limbaj util pentru discutarea acestui punct de vedere occidental asupra lumii poate fi împrumutat din estetică, unde se poate face o distincție, în cazul muzicii, între pasajele care au un caracter „introductiv" (sau de „pregătire") și cele care au caracter „expozitiv" (sau de „climax").[19] În Vest, ne vedem activitățile în același mod: trecutul și prezentul sunt o pregătire pentru ce va să vină. Însă ce va să vină? Dacă nu am crede în nemurire, am simți că viața e doar o pregătire fără niciun punct culminant. Sentimentul lipsei sensului sau a scopului decurge natural din această credință.

Trebuie să ținem totuși seama că arta nu e viață. Arta se distinge însă prin aceea că poate oferi un echilibru între „pregătire" și „climax" pe care viața nu îl poate crea. Credința că viața e neîmplinită fără atingerea unui țel nu e atât un fapt existențial tragic al vieții, cât un mit al Occidentului, un artefact cultural. Orientul nu presupune niciodată că viața are un „sens" sau că e o șaradă ce trebuie rezolvată; viața e în schimb un mister ce trebuie trăit. Înțeleptul indian Bhaqway Shree Rajneesh spunea: „Existența nu are scop. E doar o călătorie. Călătoria vieții e atât de frumoasă că nu mai are importanță destinația".[20] Viața se întâmplă pur și simplu, iar nouă ni se întâmplă să fim aruncați în ea. Viața nu are nevoie de justificări.

Am început acest capitol susținând că un prim pas important pentru terapeut e să reformuleze plângerea pacientului care acuză un sentiment al lipsei de sens pentru a descoperi ce alte probleme s-au mai strecurat aici. Experiența lipsei de sens poate fi o „dublură" a angoasei de moarte, a arbitrarului și a izolării; iar terapeutul face bine atunci când analizează și tratează aceste griji conform celor subliniate în capitolele anterioare. Adesea terapeutul poate fi de ajutor pacientului fie și dacă menține un punct de vedere asupra sensului neinfluențat de o anumită cultură și își ajută pacientul să considere „sensul" drept o chestiune extrem de relativă. Ideea potrivit căreia din faptul că viața e lipsită de un scop clar ar decurge că viața nu merită trăită e arbitrară și e o creație culturală particulară.

Ce alte opțiuni tehnice îi mai rămân terapeutului? Voi trece în revistă studiile care se ocupă cu abordările clinice ale lipsei de sens, dar voi sublinia întâi că e o literatură săracă. Dincolo de câteva note clinice, ici și colo, care descriu tehnici directive și câteva tehnici superficiale oferite de Frankl, literatura de specialitate rămâne mută.

De ce? Poate din cauză că lipsa de sens vine atât de des la pachet cu alte fenomene sau e o grijă derivată (și nu primară), iar pentru fiecare caz există deja câte o tehnică terapeutică adecvată, concepută pentru alte genuri de cazuri. Poate lipsa de sens e în ea însăși o chestiune atât de încurcată, că rezistă abordărilor tehnice. De aceea, se poate ca terapeuții să-și fi dezvoltat aici o atenție selectivă și să identifice doar acele probleme unde au un răspuns. E o stare de lucruri descurajantă; însă pentru clinicienii care își caută o cale proprie în cercetare poate fi o oportunitate care să ofere o direcție carierei. Acest capitol adună o paletă largă de reflecții asupra problemei lipsei de sens, în intenția de a furniza un orizont în interiorul căruia terapeuții vor putea construi răspunsuri noi și inovative la această veche problemă.

„Cadrele" terapeutului

Când terapeutul abordează conflictele provenite din grijile fundamentale pentru moarte, libertate și izolare, unul dintre primele sale gesturi este

adoptarea unei anumite „stări de spirit". Același lucru i se cere și terapeutului care se ocupă de lipsa sensului. Terapeutul trebuie să-și sporească sensibilitatea pentru problemă, să asculte diferit, să își dea seama de importanța sensului în viața individului. Pentru mulți pacienți, problema nu e capitală: viețile lor par a fi pline de sens. Însă pentru alții sentimentul lipsei de sens este profund și omniprezent. De aceea, terapeutul trebuie să aibă receptivitatea necesară pentru sens, trebuie să se gândească la ce stă în centrul vieții pacientului și încotro merge ea. Își transcende pacientul propria persoană, banalitatea vieții de zi cu zi sau, pur și simplu, supraviețuiește? Am tratat mulți adulți care s-au pomenit aruncați în stilul de viață al celibatarilor californieni, caracterizat de o senzualitate intensă, un fond de agitație sexuală și de o urmărire a prestigiului și a scopurilor materiale. Am devenit conștient în munca mea că terapia este arareori încununată de succes dacă nu ajut pacientul să se concentreze și asupra a ceva care trece de dincolo de astfel de preocupări.

Însă cum? Cum poate terapeutul contribui la o astfel de reorientare? Dacă terapeutul posedă o sensibilitate mai acută pentru importanța sensului în viață, atunci și pacientul, orientându-se după indicii subtile venite de la terapeut, va deveni sensibil la această chestiune. Implicit și explicit, terapeutul va ridica problema sistemului de credințe al pacientului, va cerceta dragostea pentru celălalt, va pune întrebări cu privire la scopurile și speranțele pe termen lung, va explora interesele și activitățile creative. De pildă, am găsit extrem de fructuos să reconstitui o istorie amănunțită a încercărilor pacientului de a se exprima creativ.

Toate aceste activități sunt părți integrale ale vieții pacientului. Dacă e ca persoana să se cunoască și să se prețuiască, atunci va trebui să învețe să identifice și să prețuiască astfel de componente. Pentru „a avea grijă" de pacient, terapeutul trebuie să-l știe cât mai bine. Această cunoaștere o include și pe cea a activităților furnizoare de sens. Îmi aduc aminte de un tânăr inginer, un individ extrem de izolat, care în timpul zilei avea o slujbă extrem de solitară, iar serile și weekendurile și le petrecea lucrând la computerul său personal, ceea ce îi ocupa aproape toată viața. Mi-a fost greu să stabilesc o relație cu el. Părea închis, lipsit de viață, condamnat să fie plicticos și adesea îl vedeam ca pe un mic șoarece de laborator care mă adulmecă în cabinet. Fantasma mea de terapeut era să arunc în aer acel calculator și să-i aduc niște oameni în viață. Păream într-un impas: eu nu

 puteam să-mi dezvolt grija față de el și, drept consecință, nu puteam să-l scot din rutinele-i singuratice. Într-un final, l-am întrebat ce făcea în fiecare seară cu calculatorul său. I-a venit greu să răspundă, deoarece se rușina foarte mult de bricolajul său solitar și interminabil care, mai toată viața, a reprezentat un simbol al eșecului său în a relaționa cu alții. La un moment dat însă, s-a destăinuit, descriindu-și activitatea de bricolaj în detalii fascinante. Aceste ședințe au schimbat totul în terapie. Am înțeles amândoi că bricolajul său „fără sens" era în realitate o formă importantă de exprimare a creativității, și nu doar o sublimare sau un substitut. Ca urmare a confesiunii, relația noastră a devenit mult mai apropiată, iar el a devenit mai dispus să-mi împărtășească și alte secrete importante. L-am ajutat ca, treptat, să obțină colaborarea altor persoane, alături de care să împărtășească pasiunea sa.

Dereflecția

Am citat deja spusa lui Frankl potrivit căreia „fericirea nu poate fi urmărită, ci doar survine ca efect". Cu cât ne vom strădui mai tare să obținem satisfacția personală, cu atât mai mult ne va scăpa. Cu cât mai mult vom urmări un sens plasat dincolo de noi, cu atât vom avea parte de mai multă fericire. Pacienții aflați în cură au nevoie ca terapeuții să-i ajute să-și deturneze privirea de la ei înșiși. Frankl oferă o anumită tehnică — dereflecția — care, în principiu, implică deturnarea privirii pacienților de la ei înșiși, de la propriul disconfort, de la sursa propriilor nevroze către părțile intacte ale personalității lor și sensurile disponibile în lume.

Tehnica dereflecției, așa cum e descrisă de Frankl, e simplă și constă doar în a-i cere pacientului să nu se mai concentreze asupra propriei persoane și să caute un sens în afara sa. Următoarea transcriere a unui interviu cu o schizofrenică în vârstă de nouăsprezece ani e reprezentativă:

> *Frankl: Ești într-o stare în care ai datoria să-ți reconstruiești viața! Însă nu-ți poți reconstrui viața fără un scop, fără o provocare.*
> *Pacienta: Înțeleg ce vrei să spui, doctore; însă ce mă intrigă e întrebarea: ce se întâmplă cu mine?*
> *Frankl: Nu te gândi la tine. Nu căuta sursa dificultăților tale. Lasă asta pe seama doctorilor. Te vom ghida prin meandrele crizei. Nu există nimic de natură*

să te atragă –, de pildă, o realizare artistică? Nu regăsești în tine lucruri care fermentează lăuntric – opere de artă necreate, desene neschițate ce așteaptă să fie create, ca și cum te-ar aștepta să le dai naștere? La asta gândește-te!
Pacienta: Dar frământarea interioară....
Frankl: Nu te gândi la frământările interioare; întoarce-ți privirea către ce te așteaptă. Nu ce zace în interior contează, ci ce te așteaptă în viitor, ce își așteaptă actualizarea din partea ta. Știu, există o criză nervoasă care te frământă, dar calmul ți-l vom oferi noi. Asta e treaba doctorilor. Las-o în seama psihiatrilor. Oricum, nu te supraveghea; nu întreba ce se întâmplă în interiorul tău, ci, mai degrabă, ce-ți rămâne să împlinești.
Pacienta: Dar de unde vine frământarea mea?
Frankl: Nu te focaliza pe astfel de chestiuni. Oricare ar fi procesul patologic aflat la baza afecțiunii tale psihice, te vom vindeca. Nu te lăsa deci în voia sentimentelor stranii care te bântuie. Ignoră-le până te scăpăm noi de ele. Nu te uita la ele. Nu te lupta cu ele.[21]

Frankl era de părere că o scrutare lăuntrică după cauzele angoasei conduce pacienții exagerat de preocupați de ei înșiși într-o stare de confuzie și este până la urmă contraproductivă, făcând pacientul și mai preocupat de propria persoană. El recomandă terapeutului ca, în astfel de cazuri, să adopte poziția (pe care să i-o comunice și pacientului) potrivit căreia, din cauza unor factori ireversibili (istoria familială a pacientului, transmiterea genetică a anxietății, dezechilibrele de natură genetică a sistemului nervos și așa mai departe), pacientul este predestinat să aibă un fond extrem de anxios, în legătură cu care nu se poate face mare lucru, afară de medicație, sport sau alte activități asemănătoare cu efect favorabil. Terapeutul va trebui ca, ulterior, să-și îndrepte atenția către examinarea atitudinii pacientului față de propria situație și detectarea sensurilor disponibile acestuia din urmă.[22]

Tehnica descrisă pe scurt mai sus are o înfățișare atât de autoritară, încât poate crea dezgust și e cel mai probabil ineficace în cazul multor terapeuți și pacienți americani. Fără îndoială, până la un punct e un artefact cultural: vienezul mediu e prin tradiție mult mai înclinat să acorde tot respectul titlurilor profesionale și cunoașterii. Însă e problematică și din alt punct de vedere: apelul la autoritate („noi, doctorii, te vom ghida prin meandrele crizei") subminează în ultimă instanță dezvoltarea personală,

 deoarece blochează calea către înțelegerea și asumarea propriei responsabilități.

Totuși, ideea lui Frankl se susține: adesea, mutarea privirii pacientului de pe propria persoană către alții are o importanță vitală. Terapeutul trebuie să găsească o cale de a-l ajuta să-și dezvolte curiozitatea și preocuparea față de ceilalți. Grupul terapeutic se pretează foarte bine la această abordare. În preocuparea pentru sine, înclinațiile narcisice sunt evidente și, inevitabil, povestea lui „a lua fără a da" devine problema-cheie a momentului; de o manieră nestructurată și care se modifică din mers, terapeutul poate prescrie un exercițiu de empatie. În grupurile formate din indivizi cu tulburări grave, pacienților absorbiți maladiv de preocuparea pentru propria persoană le-am dat frecvent sarcina de a-i prezenta grupului pe noii membri și de a-i ajuta să-și comunice durerile și problemele.

Discernerea sensului

Frankl sugerează că sarcina terapeutului este de a surprinde un anumit tipar coerent, un anumit *Gestalt* al sensului, în ceea ce par a fi evenimentele întâmplătoare și tragice ale vieții. Adesea terapeutul are nevoie de multă ingeniozitate, după cum o ilustrează unul dintre cazurile lui Frankl. Acesta l-a tratat pe un bătrân, un medic generalist deprimat care nu putea să treacă de moartea soției, care survenise cu doi ani înainte. Frankl scrie:

> *Dar cum puteam eu să-l ajut? Ce să-i spun? Ei bine, m-am abținut să-i spun ceva la nimereală și în schimb l-am confruntat cu întrebarea: „Doctore, ce s-ar fi întâmplat dacă ai fi murit dumneata primul și soția dumitale ți-ar fi supraviețuit?" „Oh, mi-a răspuns, ar fi fost îngrozitor! Ce ar mai fi suferit." Atunci i-am replicat: „Vezi, doctore, soția dumitale a fost cruțată de o astfel de suferință, și negreșit că tu ești acela care a-i cruțat-o, cu prețul faptului că tu îi supraviețuiești și o jelești". Nu mi-a răspuns absolut nimic, dar mi-a strâns mâna și a părăsit liniștit cabinetul meu.*[23]

Frankl citează un alt exemplu pentru modul în care și-a ajutat pacienții să-și descopere sensul în viață. Cele ce urmează provin dintr-un interviu cu o pacientă de optzeci de ani, aflată aproape de moarte din

cauza unui cancer și care era profund deprimată și cotropită de angoasă și de sentimentul inutilității:

Frankl: La ce vă gândiți când priviți înapoi la viață? A meritat să o trăiți?
Pacienta: Ei bine doctore, trebuie să spun că am avut o viață bună. Chiar am avut o viață frumoasă. Și trebuie să mulțumesc Domnului pentru ce mi-a dat: am fost la teatru, la concerte și așa mai departe.
Frankl: Vorbiți despre niște experiențe minunate; însă toate acestea, nu-i așa, trebuie să se termine?
Pacienta: (gânditoare) Totul e pe cale să se termine...
Frankl: Credeți deci că toate acele lucruri minunate din viața dumneavoastră ar putea fi anihilate sau invalidate când se apropie sfârșitul? (Și ea știa că se apropie!)
Pacienta: (și mai cufundată în gânduri) Toate acele lucruri minunate...
Frankl: Dar spuneți-mi: credeți că există cineva care să desfacă fericirea pe care ați avut-o, de pildă, că o poate anula cineva?
Pacienta: (privind acum spre mine) Aveți dreptate, doctore. Nimeni nu o poate anula!
Frankl: Sau poate anula binele de care ați avut parte în viață?
Pacienta: (din ce în ce mai implicată emoțional) Nimeni nu îl poate anula!
Frankl: Ceea ce ați reușit și împlinirile...
Pacienta: Nimeni nu poate șterge asta!
Frankl: Sau ce ați suferit cu curaj și onestitate? Poate cineva scoate asta din trecut, unde sunt?
Pacienta: (în lacrimi) Nimeni nu poate elimina asta! (după o vreme): E adevărat, am avut atât de mult de suferit; însă am încercat să fiu curajoasă și să rezist loviturilor sorții. Vezi, doctore, mi-am privit suferința ca pe o pedeapsă. Cred în Dumnezeu.
Frankl: Însă suferința nu poate fi uneori o provocare? Nu se poate gândi oare că Dumnezeu voia să vadă cum Anastasia o va îndura? Și El trebuie să admită că a îndurat-o cu curaj. Iar acum spuneți-mi: poate cineva elimina o astfel de realizare, Frau Anastasia?
Pacienta: Desigur, nimeni nu o poate face!
Frankl: Ce contează, ce are importanță în viață e mai degrabă să reușești, să-ți atingi niște scopuri. Și tocmai asta ați făcut. V-ați valorificat la maximum suferința. Ați devenit un exemplu pentru pacienții noștri prin modul în care v-ați asumat sufe-

rința. Vă felicit pentru această reușită, împlinire și, de asemenea, vă felicit colegele de cameră, care au ocazia să fie martore, să aibă parte de un astfel de exemplu.[24]

Frankl relatează că sentimentul pacientei că se află în posesia unui sens a fost amplificat de conversație, iar în săptămâna care i-a mai rămas din viață depresia i-a dispărut, murind cu mândrie și credință.

Terry Zuehlke și John Watkins au studiat douăzeci de pacienți aflați pe patul de moarte, folosind o abordare clinică similară, care punea foarte mult accentul pe dezvoltarea sensului.[25] Autorii le-au administrat testul PIL înainte și după terapie, înregistrând o creștere semnificativă a scopului în viață.

Ce gen de sens găsește pacientul cu ajutorul terapeutului? Frankl subliniază unicitatea sensului fiecărui pacient, însă, după cum reiese din transcrierile clinice, nu se ferește să ofere indicii generoase și să furnizeze forme explicite de sens pacientului. Sensurile pe care el le furnizează se încadrează în triada categoriilor de sens pe care am enunțat-o anterior în acest capitol: realizările creative, experiența și atitudinea față de suferință. Atunci când subliniază fie realizările în materie de creație, fie experiența creației, Frankl subliniază permanența trecutului: realizările și experiențele sunt date și rămân veșnic. Când toate celelalte sensuri par a fi umbrite de tragedia și suferința actuală, individul poate dobândi sens, subliniază Frankl, prin adoptarea unei atitudini eroice față de propria soartă. Atitudinea individuală poate fi folosită ca un model care să-i inspire pe alții – copii, rude, prieteni, discipoli sau chiar pacienți din aceeași secție de spital. Acceptarea suferințelor care nu pot fi evitate poate fi considerată ca o acceptare a lui Dumnezeu, de la care vine suferința. Or, atitudinea eroică față de propria soartă poate să posede sens în ea însăși, în același mod în care Camus vedea „revolta mândră" ca pe un răspuns ultim al omului în fața absurdului.

Tehnica terapeutică a lui Frankl, ilustrată de aceste două cazuri, extrem de tipice pentru abordarea sa tehnică, e problematică din aceleași motive pentru care abordarea sa a dereflecției e problematică. De o manieră autoritară, el oferea pacientului un anumit sens. Însă procedând astfel, nu îndepărtează el oare pacientul de la asumarea completă a autonomiei personale? Aceeași problemă va reapărea și la alți terapeuți care își îndreaptă atenția asupra problemei sensului.

Jung, de exemplu, relatează un caz în care i-a sugerat în mod explicit o structură de sens unei paciente.[26] Femeia aflată în analiză era o tânără evreică, laică și instruită, care suferea de o angoasă nevrotică serioasă. Jung i-a cercetat mediul din care provenea și a aflat că bunicul său era un rabin considerat de mulți ca un țadic, un sfânt ce poseda un simț suplimentar. Se certase adesea cu tatăl său pe marginea acestei idei, care i se părea absurdă. Jung avea sentimentul că îi înțelege nevroza și i-a spus: „Bunicul dumneavoastră a fost un țadic. (...) A trădat secretul și l-a uitat pe Dumnezeu. Iar dumneavoastră aveți această nevroză pentru că suferiți de frica de Dumnezeu". Interpretarea „o lovi ca un trăsnet".

În acea noapte, Jung a avut următorul vis: „În casa mea, se dădea o recepție, și iată, fata [pacienta] era și ea prezentă. Se îndreptă spre mine și mă întrebă: «N-aveți o umbrelă? Plouă atât de tare.» Am găsit într-adevăr o umbrelă, am tot moșmodit cu degetele ca s-o deschid și am vrut să i-o dau. Dar ce s-a întâmplat atunci? În loc să i-o întind simplu, i-am înmânat-o ca unei zeități stând în genunchi în fața ei".

Visul lui Jung îi spunea că pacienta nu era doar o fetiță superficială, ci că avea și stofa unei sfinte. Totuși, viața ei era canalizată către flirturi, sex și materialism. Nu avea nicio modalitate de a-și exprima cea mai esențială trăsătură a naturii sale că „în realitate, era un copil al Domnului care ar fi trebuit să împlinească voința sa taincă". Jung i-a comunicat pacientei visul pe care îl avusese, așa cum îi era obiceiul, împreună cu interpretarea sa. Peste o săptămână, el a consemnat că „nevroza ei a dispărut". (Un astfel de caz de succes terapeutic rapid e rar la Jung.)

Peter Koestenbaum este un alt exemplu de terapeut care și-a ghidat pacientul către un scop particular.[27] Acesta din urmă, ajuns la o vârstă puțin peste treizeci de ani, suferea de o lipsă adâncă de stimă de sine și de un deficit de identitate personală, care proveneau în mare parte din neglijarea sa de către părinți, în anii în care se definea. Nu își mai amintea mare lucru în legătura cu viața sa de dinainte de a împlini opt ani, iar în cadrul terapiei își deplângea constant copilăria pierdută. Terapeutul considera că o modalitate importantă prin care pacientul putea să-și reconstituie copilăria pierdută și să se redefinească drept o persoană cu copilărie era să își dedice viața unui copil. Pacientul și soția sa se înțeleseseră clar să nu aibă copii; de aceea terapeutul și pacientul au elaborat un plan prin care ultimul să colaboreze cu o asociație care se ocupa de copii. Koestenbaum spu-

 ne că planul a funcționat de minune; contactul cu copiii l-a ajutat pe pacient să-și dobândească o nouă imagine de sine și să-și privească trecutul diferit. Un an mai târziu, pacientul și soția sa au decis să aibă un copil, moment în care terapia s-a încheiat cu succes.

Sensul programat

James Crumbaugh relatează cazul unui „curs intensiv" logoterapeutic* adresat alcoolicilor, în care a încercat să amelioreze de o manieră mai puțin autoritară capacitatea pacienților de a căuta și a găsi un sens.[31] Crumbaugh face presupunerea că, pentru a găsi o coerență în situații de viață complexe, individul trebuie să fie capabil să perceapă detalii și evenimente de o manieră cuprinzătoare, iar mai apoi să recombine datele într-un *Gestalt* nou. De aceea, programul intensiv a încercat să extindă conștiința și să stimuleze imaginația creativă.

Programul de extindere a conștientizării includea exerciții de înregistrare a stimulilor vizuali (de exemplu, subiecților le erau arătate cartonașe dintr-un test Rorschach și cu peisaje marine, iar mai apoi erau ajutați în efortul de rememorare). Programul de imaginație creativă consta în exerciții precum vizionarea unei imagini de pe un ecran, proiectarea propriei persoane în interiorul imaginii și mai apoi punerea imaginii în relație cu propriile dorințe, pornind de la ce simțiseră.

* Așa cum am spus în capitolul 10, „logoterapia" este termenul utilizat de Frankl pentru abordarea sa psihoterapeutică, prin care urmărea să-i facă pe pacienți să preia controlul propriei vieți. Există un *Logotherapy Journal*, un newsletter de logoterapie (cu deviza „sănătate prin sens"), un institut de logoterapie, și câteva teste[28] logoterapeutice. Și totuși, cum am lăsat deja să se întrevadă, nu există după mine un sistem logoterapeutic coerent. Logoterapia constă în încercări vagi de a ajuta pacientul să își afle un sens. Manualele de logoterapie oferă două tehnici majore: prima, dereflecția, a fost deja discutată; cea de a doua, a „intenției paradoxale"[29], este în ultimă instanță o tehnică ce mizează pe „prescrierea unui simptom", prin aceea că pacientului i se cere să resimtă și să-și exagereze simptomele. Astfel bâlbâitului i se cere să se bâlbâie intenționat, fobicului să-și exagereze fobia, pacientului obsesiv să devină încă și mai obsedat, dependentului de jocuri de noroc să piardă intenționat bani. Intenția paradoxală reprezintă o tehnică interesantă, despre care Frankl vorbește încă din 1938, anticipând tehnica similară a prescrierii simptomului și a paradoxului folosită de școala lui Milton Erickson, Jay Haley, Don Jackson și Paul Watzlawick.[30] Există date care indică faptul că tehnica e eficace în cazul terapiilor de scurtă durată. Totuși, nu sunt convins că ea e neapărat legată de sensul în viață. Intenția paradoxală ajută pacienții să se detașeze de propriile simptome; le permite să se privească fără patimă, chiar cu umor; în ultimă instanță, le permite să aprecieze modul în care își pot influența simptomele. În măsura în care intenția paradoxală permite asumarea responsabilității pentru propriile simptome, ea poate fi luată în calcul de terapia existențială; însă cum ar putea funcționa ca o sursă de sens e cam neclar.

Testele PIL administrate înainte ca și la două săptămâni după au evidențiat o creștere a punctajelor scopului în viață. Însă momentul în care au fost colectate datele după curs a fost nepotrivit, și nu există posibilitatea de a stabili specificitatea rezultatului – altfel spus, care caracteristici ale cursului intensiv au fost responsabile pentru anumite rezultate. Saltul inferențial de la percepția vizuală și imaginația creativă la sesizarea sensului vieții e unul mare, lipsindu-i credibilitatea; însă, dacă astfel de rezultate pozitive vor putea fi repetate, atunci va trebui asigurată o analiză mai detaliată a procedurii.

Angajarea: răspunsul terapeutic de căpătâi la adresa lipsei de sens

Aș dori să mă întorc puțin la biletul lăsat înainte de sinucidere cu care a început capitolul 10. Nu se știe mare lucru despre omul care l-a scris, dar există lucruri care sar în ochi: nu era *în viață*, ci se rupsese de aceasta, chiar într-atât că viața, activitățile și experiențele ființelor omenești îi păreau meschine și absurde. Chiar în fabula sa, un personaj (unul dintre cretinii cărăuși de cărămizi) se distanțează întrebându-se de ce cară cărămizi, iar din acel moment respectivul, și autorul biletului odată cu el, sunt pierduți.

Există ceva inerent nociv în depărtarea prea mare de viață. Când ieșim din viață și devenim spectatori distanți, lucrurile își pierd importanța. Din acest punct de vedere, pe care filosofii îl numesc „galactic"[32] sau din „ochiul nebulei"[33] (ori perspectivă „cosmică" sau „globală"[34]), noi și semenii noștri părem mici și nebuni. Devenim doar una dintre multiplele forme de viață. Activitățile obișnuite par absurde. Momentele bune se pierd în imensitatea timpului. Ne simțim fire de praf microscopice, iar toată viața se consumă într-o clipă fulgerătoare a timpului cosmic.

Perspectiva „galactică" este o problemă formidabilă pentru terapeuți. Pe de o parte, pare a avea o logică de fier. La urma urmei, abilitatea de a-ți da seama ce ești, de a ieși în afara propriei persoane, de a te privi de la depărtare e unul dintre cele mai prețuite atribute ale ființei omenești. E ceea ce ne face să fim oameni. În majoritatea situațiilor, o perspectivă mai amplă oferă observatorului mai multă obiectivitate; totuși, această perspectivă drenează vitalitatea în afara afara vieții. A zăbovi în ea multă vreme conduce la o tristețe profundă, iar cufundarea continuă în ea se poate dovedi fatală.

Tradiția pesimismului filosofic, de exemplu, e un derivat natural al perspectivei prin ochiul nebulei; iar în secolul al XIX-lea, cel mai important purtător de cuvânt al său, Schopenhauer, privea temporalitatea de la o distanță atât de mare, încât era de părere că nu are sens să te lupți pentru scopuri care (din punct de vedere galactic) dispar într-o clipă. E motivul pentru care fericirea și scopurile devin de neatins, întrucât sunt fantome ale viitorului sau părți ale unui trecut dispărut. În mod previzibil, el conchide: „Nimic nu merită strădania noastră, lupta și eforturile noastre... Toate lucrurile bune sunt vanități, lumea cu toate scopurile sale e falimentară, ca orice afacere care nu își acoperă cheltuielile".[35]

Ce-i de făcut? Ce poate oferi terapeutul pentru a combate efectele nocive ale perspectivei „galactice"? Înainte de toate, există inconsistențe logice în ideea că perspectiva ochiului nebulei trebuie să conducă la poziția lui Schopenhauer, potrivit căreia „nimic nu contează și, deoarece nimic nu contează viața nu merită trăită". Dacă nimic nu contează, ar trebui să nu conteze că nimic nu contează. Într-un pătrunzător eseu despre absurd, Thomas Nagel sugerează cât se poate de imperturbabil că absurditatea evidențiată de perspectiva ochiului nebulei nu este un dezastru *prima facie* și nu poate constitui temeiul unui astfel de pericol.[36] Capacitatea de a adopta perspectiva ochiului nebulei e, potrivit lui Nagel, una dintre trăsăturile noastre cele mai avansate, prețioase și interesante, dar nu conduce la suferință decât cu contribuția noastră. A-i permite să conteze atât de mult trădează eșecul de a înțelege cosmica lipsă de importanță a situației. Nagel sugerează că a aprecia cu adevărat perspectiva din ochiul nebulei, dacă vom pricepe că e în puterea noastă să ne-o asumăm, înseamnă întoarcerea la viața noastră absurdă, dar care, odată adoptat acest punct de vedere, ajunge să fie „impregnată de ironie", și nu de disperare.

Un alt lucru pe care terapeuții trebuie să-l remarce este că, la baza disperării asociate „lipsei de importanță" care decurge din perspectiva galactică, stă totuși ceva ce contează. De exemplu, deși Schopenhauer conchidea că nimic nu are importanță, că „nimic nu merită strădania noastră", existau multe lucruri care aveau importanță pentru el. Pentru el, conta să-i convingă pe alții că nimic nu este important; pentru el, important era să se opună sistemului hegelian, să continue să scrie până la sfârșitul vieții, să filosofeze mai degrabă decât să se sinucidă. Chiar și pentru sinucigașul care a scris biletul despre cretinii ce cară cărămizi existau lucruri care

contau: conta să înțeleagă condiția umană și să-și comunice concluziile altora. Dacă înainte de a se sinucide ar fi apelat la mine, aș fi încercat să comunic cu partea aceasta din el, care făcea să mai conteze câte ceva.

Kent Bach sugerează un alt antidot împotriva perspectivei galactice: va trebui să ținem seama că, deși perspectiva subminează sensul, nu o face în mod absolut; mai degrabă privează lucrurile de sens *doar când individul adoptă acea perspectivă*.[37] Astfel de momente sunt parte din viață, însă doar o parte. Lipsa de sens este o experiență; și deși pare a avea un caracter atât de acaparator, că privează de sens întreg trecutul și viitorul, nu numai prezentul, o poate face *doar când ne vedem viețile din acea perspectivă galactică*. „Sensul" e ceva care trebuie să aibă importanță doar în interiorul unei perspective. Alteori, lucrurile contează deoarece contează. Și există tot timpul lucruri care contează pentru noi. Acum contează pentru mine să comunic ideile de față cât mai clar. Cu alte ocazii vor conta alte lucruri — relațiile, tenisul, lectura, șahul, conversația. Faptul că astfel de activități nu contează din punctul de vedere al ochiului nebulei, că nu sunt solidare într-un tot unitar, înseamnă însă oare că nu contează în niciun fel? Când lucrurile contează, nu au nevoie de un sens ca să conteze.

Această concepție posedă implicații terapeutice importante: terapeutul trebuie să ajute pacientul să înțeleagă că dubiile (sau adoptarea unei noi structuri de sens) nu scade valoarea a ceea ce a contat în trecut. Îmi vin în minte trei paciente. Prima fusese călugăriță timp de douăzeci și cinci de ani, dar, după ce și-a pierdut credința, a ieșit din rândurile ordinului monahal. Depresia din acele momente și sentimentul anomiei erau amplificate de credința că „trăise în minciună" mai toată viața sa adultă. O altă pacientă a început să scrie poezii la cincizeci și cinci de ani, descoperindu-și un talent enorm. Am tratat-o când avea șaizeci de ani și era aproape de moarte din cauza unui cancer. Era foarte mâhnită că își „irosise" mai toată viața ca soție a unui fermier, îngrijind copii, spălând vase, recoltând cartofi – activități care nu cadrau cu sistemul său de sens dobândit de curând. O altă pacientă, aflat că în mijlocul unui divorț înveninat, fusese adânc rănită de cel cu care fusese căsătorită timp de douăzeci de ani și care încerca să-i răpească orice urmă de sens, spunându-i că nu a iubit-o niciodată.

Tuturor celor trei paciente le-a fost de ajutor să înțeleagă că noua structură de sens sau dubiile adânci (altfel spus, privirea vieții dintr-o perspec-

 tivă galactică) nu alterează faptul că un anumit lucru a contat, când a contat. Fosta călugăriță a înțeles treptat că lipsa sa de credință de acum nu a șters cu buretele credința pe care a avut-o odinioară și nici binele făcut ca profesoară, chiar dacă sub egida unui alt sistem de sens. Și poeta și-a dat seama în terapie că fosta sa viață a avut permanent pentru ea un sens consistent. Și-a crescut copiii, a produs hrană, a participat la ciclurile naturii, iar din toate acestea a germinat și a fost produsă în tăcere poezia sa. Scrisul său de acum era un fruct al întregii sale vieți; caracterul său specific era dat de experiențele-i unice – chiar străvechea curățare a noroiului de pe cartofi își găsise un loc în versurile sale. A treia pacientă a aflat că lucrurile care contau din trecut nu sunt doar indestructibile, dar și foarte prețioase. A devenit mai îndrăzneață în apărarea sensului din trecut și i-a spus soțului: „Dacă tu ai trăit douăzeci de ani fără să mă iubești, e tragedia ta! În ceea ce mă privește, deși nu te mai iubesc, te-am iubit odată mult și mi-am petrecut cei mai buni ani ai vieții cu tine".

Angajamentul în viață. Deși unele dintre aceste respingeri filosofice ale absenței sensului au implicații interesante din punctul de vedere al psihoterapiei, lor le lipsește puterea și rămân cel mai frecvent curiozități psihoterapeutice. Și aici, ca și în multe alte aspecte ale schimbării terapeutice, rațiunea nu e suficientă. Terapeutul are nevoie de o abordare mai puternică. David Hume, într-un pasaj faimos al *Tratatului* său, o indică. Ca urmare a meditațiilor sale din perspectivă galactică, era asaltat de dubii (de o „melancolie filosofică"):

> *Se întâmplă din fericire că, în timp ce rațiunea e incapabilă să împrăștie acești nori, natura însăși e suficientă ca să mă vindece de melancolie și delir în filosofie, fie slăbind respectiva înclinație a minții, fie prin vreo altă îndeletnicire sau impresie veselă a simțurilor mele, care alungă toate aceste himere. Iau cina, joc o partidă de table, fac conversație și mă veselesc cu prietenii mei; și când, după trei sau patru ore de distracție, aș vrea să mă întorc la aceste speculații, ele îmi par atât de reci, de forțate și de ridicole, încât nu mă lasă inima să pătrund mai departe în ele.*[38]

Antidotul lui Hume la lipsa de sens inerentă perspectivei cosmice este angajamentul, iar angajamentul este și soluția lui Sartre și a lui Camus; e vorba de a deveni mai dedicat unor cauze, de a trece la acțiune. Și Tolstoi a ales această soluție când spunea că „Poți trăi doar câtă vreme

viața te îmbată".* Iar angajamentul este cea mai bună abordare a absenței sensului pe care o poate indica terapeutul.

Am discutat deja paradoxul hedonist, potrivit căruia cu cât căutăm mai mult plăcerea, cu atât ea ne scapă mai mult. Frankl susține că plăcerea este un efect secundar al sensului și că toate căutările noastre vor trebui direcționate spre descoperierea sensului. Cred că o astfel de căutare a sensului e paradoxală: cu cât mai multă raționalitate dorim, cu atât mai puțină căpătăm; întrebările care pot fi ridicate în legătură cu sensul vor supraviețui tot timpul răspunsurilor.

Sensul, ca și plăcerea, trebuie căutat de o manieră oblică. Un sentiment al sensului este un efect secundar al angajării. Angajarea nu respinge din punct de vedere logic dubiile ucigătoare generate de perspectiva galactică, ci le face să nu mai conteze. Este tocmai sensul maximei lui Wittgenstein că „rezolvarea problemei vieții înseamnă dispariția acestei probleme".[40]

Angajarea este răspunsul terapeutic la lipsa de sens, indiferent de ce anume provoacă acest sentiment. Angajamentul cu toată ființa într-o paletă infinită de activități în viață nu doar că dezarmează perspectiva galactică, dar și sporește posibilitatea așezării cu succes a evenimentelor existenței într-o structură coerentă. A-ți găsi o casă, a-ți păsa de ceilalți, de proiecte sau idei, a cerceta, a crea, a construi – toate acestea împreună cu orice altă formă de angajare oferă un dublu beneficiu: aduc prin ele însele bogăție interioară, dar, totodată, slăbesc disconfortul provocat de bombardamentul datelor brute ale existenței.

Scopul terapeutului este deci angajarea. Sarcina nu constă însă în a genera angajare sau în a inspira pacientului vreuna — terapeutul nu poate face asta. Nici nu-i nevoie: dorința de a te prinde în hora vieții este mereu acolo, în interiorul pacientului, iar activitatea clinică a terapeutului ar trebui să se orienteze către eliminarea obstacolelor ce stau în calea pacientului. Ce anume îl împiedică, de pildă, să iubească pe altcineva? De ce relațiile cu alții procură așa de puțină satisfacție? Ce anume împiedică pacientul să-și găsească un serviciu pe măsura talentelor sale sau să obțină plăcere din slujba pe care o are acum? De ce și-a neglijat pacientul aspirațiile creative, religioase sau de autotranscendere?

* Însă, din păcate, atracția perspectivei galactice a fost mult prea puternică pentru el și a conchis „în minutele de luciditate, că e vorba de o înșelătorie".[39]

Cea mai importantă unealtă aflată la dispoziția terapeutului e propria sa persoană, căci grație ei poate exercita un efect de antrenare asupra pacientului. După cum am discutat deja, terapeutul îl călăuzește spre interacțiunea cu ceilalți în primul rând relaționând cu el de o manieră profundă și autentică. Astfel, terapeuții, dedicându-se angajamentului, se pot oferi ca modele cu care pacienții să se identifice: terapeuții se îngrijesc de misiunea lor profesională; dezvoltarea altor ființe omenești depinde de ei; îi ajută pe ceilalți, adesea în mod creativ, să caute sensul.

Trăgând o linie, primul pas pe care îl face terapeutul pentru a oferi un răspuns la problema lipsei de sens constă în analiza și rafinarea problemei. Foarte mult din ce e pus sub semnul „lipsei de sens" își are locul în altă parte (fie e un artefact cultural, fie ține de alte griji fundamentale – moartea, libertatea și izolarea) și va trebui tratat ca atare. Lipsa „pură" de sens, mai ales când apare în cadrul atitudinii detașate a perspectivei galactice, va fi combătută optim prin angajamentul care subminează perspectiva galactică.

Această abordare terapeutică diferă mult de strategiile terapeutice pe care le-am propus ca mijloace de abordare a celorlalte griji fundamentale. Moartea, libertatea și izolarea trebuie înfruntate frontal. Și totuși, atunci când vine vorba despre lipsa de sens, terapeutul trebuie să-i ajute pe pacienți să își îndrepte privirea în altă parte: să abordeze mai degrabă problema angajării, în loc să se lase absorbiți de problema lipsei de sens. Problema sensului în viață, cum arăta Buddha, nu e lămuritoare. Individul trebuie să se cufunde în curenții vieții și să lase problema să fie direcționată de curenți.

Epilog

Discutarea absenței sensului a închis cercul conținut în definiția cu care am început: psihoterapia existențială e o abordare dinamică focalizată pe grijile înrădăcinate în existența omenească. Fiecare dintre noi tânjim după nemurire, după temei, comunitate și ordine; și totuși, trebuie inevitabil să ne confruntăm cu moartea, gratuitatea, izolarea și lipsa de sens. Terapia existențială e bazată pe un model psihopatologic în care angoasa și consecințele sale negative asupra adaptării reprezintă răspunsuri la aceste patru griji fundamentale.

Deși a fost nevoie să discut separat fiecare din aceste griji fundamentale, *in vivo* ele sunt strâns împletite, constituind subtextul terapiei. În dialogul dintre pacient și terapeut, ele furnizează atât conținut, cât și dinamică. Confruntarea pacientului cu moartea, libertatea, izolarea și lipsa de sens oferă terapeutului conținut interpretativ explicit. Chiar când nu apar limpede în terapie, aceste teme furnizează un *modus operandi*. Fenomene psihice precum voința, asumarea responsabilității, raportarea la terapeut și angajarea în viață sunt procesele-cheie pentru schimbarea terapeutică. Și tocmai aceste activități cruciale sunt mult prea adesea considerate niște „ingrediente" neimportante de multe orientări terapeutice.

Terapia existențială solicită atenție prin aceea că se bazează pe un fond ontologic ferm, pe cele mai profunde structuri ale existenței umane. Un alt motiv e acela că are fundamente umaniste și e singura paradigmă terapeutică aflată într-un deplin acord cu natura extrem de personală a întreprinderii terapeutice. În plus, paradigma existențială acoperă un teren vast: ea valorifică descoperirile multor filosofi, artiști și terapeuți cu privire la durerea și consecințele salvatoare ale confruntării cu grijile fundamentale.

Însă e doar o paradigmă, un construct psihologic apt a se justifica doar prin utilitatea-i terapeutică. Ca în cazul oricărui construct, lui îi va urma un alt construct, cu o putere explicativă mai mare. Orice paradigmă clinică în cazul căreia nu a existat un institut care să o graveze prematur în piatră e una organică. Altfel spus, oferind o nouă perspectivă, permite datelor înainte obscure să iasă la iveală. Aceste noi date modifică mai departe paradigma-mamă. Consider paradigma existențială drept o primă formulare, bazată pe observații clinice necesarmente limitate ca sursă, domeniu și număr. Speranța mea e ca paradigma să se dovedească organică – nu doar să fie utilă clinicienilor în forma-i prezentă, dar și să stimuleze discursul necesar propriei modificări și îmbogățiri.

Note

Capitolul 1

1. J. Breuer și S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II din *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud** , 24 vol., ed James Strachey (Londra: Hogarth Press, 1955; anul publicării inițiale – 1895, pp. 135-183.
2. Ibid., p. 158. [trad. cit. Rom. – J. Breuer și S. Freud, „Studii despre isterie", în *Opere*, vol. 12, trad. Maria și Ion Nastasia (București: Editura Trei, 2005), pp. 206-208].
3. B. Spinoza, citat de M. de Unamuno, *The Tragic Sense of Life*, trad. J.E. Flitch (New York: Dover, 1954), p. 6. [trad. cit. rom. – M. de Unamuno, *Sentimentul tragic al vieții*, trad. Constantin Moise (Iași: Institutul European, 1995), p. 9].
4. A. Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense* (New York: International Universities Press, 1946). Trad. rom.: *Eul și mecanismele de apărare* (București, Fundația Generația, 2002).
5. H. Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (New York: W.W. Norton, 1953).
6. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1954), p. 121.
7. A. Malraux, citat în P. Lomas, *True and False Experience* (New York: Taplinger, 1973), p. 8.
8. T. Hardy, „In Tenebris", *Collected Poems of Thomas Hardy* (New York: Macmillan, 1926), p. 154.
9. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. III (New York: Macmillan and Free Press, 1967), p. 147.

* Numită în continuare *Standard Edition.*

10. S. Kierkegaard, „How Johannes Climacus Became an Author", în *A Kierkegaard Anthology,* ed. R. Bretall (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1946), p. 193.
11. Ibid.
12. W. Barrett, *What Is Existentialism?* (New York: Grove Press, 1954), p. 21.
13. L. Binswanger, „Existential Analysis and Psychotherapy", în *Progress în Psychotherapy,* ed. F. Fromm-Reichman și J. Moreno (New York: Grune ok Stratton, 1956), p. 196.
14. R. May, E. Angel și H. Ellenberger, *Existence* (New York: Basic Books, 1958), pp. 3-35.
15. A. Sutich, American Association of Humanistic Psychology: Progress Report 1962, citat în J. Bugental, „The Third Force in Psychology", *Journal of Humanistic Psychology* (1964) 4, pp. 19-26.
16. J. Bugental, „The Third Force."
17. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (New York: Bantam, 1971), p. 1.
18. S. Freud, *The Interpretation of Dreams,* vol. IV din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1953; data publicării inițiale 1900), p. 263.
19. T. Wilder, citat în *Reader's Digest* (January 1978), p. 133.
20. V. Frankl, comunicare orală, 1974.
21. May, Angel și Ellenberger, *Existence,* p. 11.
22. C. Rogers, citat în D. Malan, „The Outcome Problem in Psychotherapy Research", *Archives of General Psychiatry* (1973) 29, pp. 719-29.
23. M. Lieberman, I. Yalom, și M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
24. *Ibid.,* p. 99.
25. Comunicare personală, 1978.

Capitolul 2

1. A. Meyer citat de J. Frank, comunicare personală, 1979.
2. Cicero, citat de Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne,* trad. Donald Frame (Stanford: Stanford University Press, 1965), p. 56. [trad. cit. rom. – M. Montaigne, *Eseuri,* trad. Mariela Seulescu (București: Editura Științifică, 1966), vol. I, p. 73].
3. Seneca, citat de Montaigne, *Complete Essays,* p. 61. [trad. cit. rom. – M. Montaigne, *Eseuri,* vol. I, p. 443].

4. Sf. Augustin citat de Montaigne, *Complete Essays*, p. 63.
5. Manilius, citat de M. Montaigne, *Complete Essays*, p. 65. [trad. cit. rom. – M. Montaigne, *Eseuri*, vol. I, p. 444].
6. Montaigne, *Complete Essays*, p. 67. [trad. cit. rom. – Michel de Montaigne, *Eseuri*, vol. I, p. 88.].
7. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper &Row, 1962), pp. 210-24.
8. Ibid., passim.
9. K. Jaspers citat în J. Choron, *Death in Western Thought* (New York; Collier Books, 1963), p. 226.
10. S. Freud, „Thoughts for the Times on War and Death", vol. XIV din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1957; anul publicării originale – 1915), p. 291 [trad. cit. rom. – S. Freud, „Considerații actuale despre război și moarte", în *Opere*, vol. 4, trad. Roxana Melnicu (București: Editura Trei, 2000), p. 41.].
11. *Idem.* p. 290. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. IV, p. 40.].
12. J. Giraudoux, citat în *The Meaning of Death*, ed. H. Feifel (New York; McGraw-Hill, 1965), p. 124.
13. Montaigne, *Complete Essays*, p. 88 [trad. cit. rom. – M. Montaigne, *Eseuri*, trad. Mariela Seulescu (București: Editura Științifică, 1966), vol. I, p. 88].
14. L. Tolstoi, *War and Peace* (New York: Modern Library, 1931), p. 57.
15. L. Tolstoi, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories* (New York: Signet Classics, 1960).
16. D. Rosen, „Suicide Survivors", *Western Journal of Medicine* (aprilie 1975) 122, pp. 289-94.
17. A. Schmitt, *Dialogue with Death* (Harrisonburg, Virginia: Choice Books, 1976), pp. 55-58.
18. R. Noyes, „Attitude Changes Following Near-Death Experiences", *Psychiatry*, nr. 43/1980, pp. 234-242.
19. A. Hussain și S. Tozman, „Psychiatry and Death Row", *Journal of Clinical Psychiatry* (1978) 39 (3), pp. 183-88.
20. R. Neuberger, citat în J. Frank in „Nuclear Death – The Challenge of Ethical Religion", *The Ethical Platform* (29 Aprilie 1962).
21. D. Spiegel, J. Blum și I. Yalom, *Group Support for Patiens with Metastatic Cancer: A Randomized Prospective Outcome Study*, Archives of General Psychiatry, 1981 (38), pp. 527-533.

22. K. Chandler, „Three Processes of Dying and the Behavioral Effect", *Journal of Consulting Psychology* (1965) 29, pp. 296-301; D. Cappon, „The Dying", *Psychiatric Quarterly* (1959) 33, pp. 466-89; A. Weisman și T. Hackett, „Predilection to Death", *Psychosomatic Medicine* (1961) 23, pp. 232-56; E. Kübler-Ross, *On Death and Dying* (New York: Macmillan, 1969).
23. K. Weers, manuscris.
24. Schmitt, *Dialogue with Death, p.* 54.
25. R. Lifton, „The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life", *Explorations in Psychology*, edit. R. Lifton și E. Olson (New York: Simon & Schuster, 1974).
26. J. Diggory și D. Rothman, „Values Destroyed by Death", *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1961) 63 (1), pp. 205-10.
27. J. Choron, *Modern Man and Mortality* (New York: Macmillan, 1964), p. 44.
28. R. Kastenbaum și R. Aisenberg, *Psychology of Death* (New York: Springer, 1972), p. 44.
29. S. Kierkegaard, *The Concept of Dread* (Princeton, N.J. : Princeton University Press, 1957), p. 55. [trad. cit. rom. – S. Kierkegaard, *Conceptul de anxietate*, trad. Adrian Arsinievici (Timișoara: Amarcord, 1998), p. 100.]
30. R. May, *The Meaning of Anxiety*, ed. rev. (New York: W.W. Norton, 1977), p. 207.
31. S. Freud, „Inhibitions, Symptoms and Anxiety", vol. XX din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1959; anul publicării inițiale – 1926), p. 166. [trad. cit. rom. – S. Freud, „Inhibiție, simptom, angoasă", trad. Roxana Melnicu, în *Opere, vol. 5* (București: Editura Trei, 2001), p. 259.]
32. Kierkegaard, *The Concept of Dread*, p. 55 [trad. cit. rom. – Kierkegaard, *Conceptul de anxietate, p.* 99.]
33. R. May, *The Meaning of Anxiety*, p. 207.
34. Heidegger, *Being and Time*, p. 223. [trad. cit. rom. M. Heidegger, *Ființă și Timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă, (București: Humanitas, 2003), pp. 255-256.]
35. A. Sharp, *A Green Tree in Geddes* (New York: Walker, 1968).
36. R. Skoog, citat de J. Meyer, *Death and Neurosis* (New York: International Universities Press, 1975), p. 47.
37. E. Strauss, citat de E. Weigert, „Loneliness and Trust – Basic Factor of Human Existence", *Psychiatry* (1960) 23, pp. 121-30.

38. W. Schwidder, citat de J. Meyer, *Death and Neurosis* (New York: International Universities Press, 1975), p. 54.
39. H. Lazarus şi J. Kostan, „Psychogenic Hyperventilation and Death Anxiety", *Psychosomatics* (1969) 10, pp. 14-22.
40. D. Friedman, „Death Anxiety and the Primal Scene", Psychanalytic Review (1961) 48, pp. 108-18.
41. V. Kral, „Psychiatric Observations under Severe Chronic Stress", *American Journal of Psychiatry* (1951) 108, pp. 185-92.
42. *Ibid.*, J. Meyer, *Death and Neurosis*, p. 58; şi A. Heveroch, citat de J. Meyer, *Death and Neurosis*, p. 58.
43. M. Roth, „The Phobic Anxiety-Depersonalization Syndrome and Some General Aetiological Problems in Psychiatry", *Journal of Neuropsychiatry* (1959) 1, pp. 293-306.
44. R. Kastenbaum şi R. Aisenberg, *The Psychology of Death.*
45. D. Lester, „Experimental and Correlational Studies of Fear of Death", *Psychological Bulletin* (1967) 64 (1), pp. 27-36; şi D. Templer şi C. Ruff, „Death Anxiety Scale Means, Standard Deviations, and Embedding", *Psychological Reports* (1971) 29, pp. 173-74.
46. p. Livingston şi C. Zimet, „Death Anxiety, Authoritarianism and Choice of Speciality in Medical Students", *Journal of Neurological and Mental Disorders* (1965), 140, pp. 222 –30.
47. W. Swenson, „Attitudes toward Death in an Aged Population", *Journal of Gerontology* (1961) 16(1), pp. 49-52; D. Martin and L. Wrightsman, „The Relationship between Religious Behavior and Concern about Death", *Journal of Social Psychology* (1865) 65, pp. 317-23; şi D. Templer, „Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons", *Psychological Reports* (1972) 31, pp. 361-67.
48. N. Iammarino, „Relationship between Death Anxiety and Demographic Variables", *Psychoiogical Reports* (1975) 37, p. 262.
49. Iammarino, „Death Anxiety and Demographic Variables"; Swenson, „Attitudes toward Death"; A. Christ, „Attitudes toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients", *Journal of Gerontology* (1961) 16 (1), pp. 56-59; şi p. Rhudick şi A. Dibner, „Age, Personality, and Health Correlates of Death Concerns in Normal Aged Individuals „*Journal of Gerontology* (1961) 16 (1), pp. 44-49.
50. M. Lieberman şi A. Coplan, „Distance from Death as a Variable in the Study of Aging", *Developmental Psychology* (1970) 2, pp. 71-84.

51. M. Means, „Fears of One Thousand College Women", *Journal of Abnormal Social Psychology* (1936) 31, pp. 291-311.
52. W. Middleton, „Some Reactions toward Death among College Students", *Journal of Abnormal Social Psychology* (1936) 3, pp. 165-73.
53. Templer and Ruff, „Death Anxiety Scale Means"; Iammarino, „Death Anxiety and Demographic Variables"; şi D. Templer, C. Ruff, and C. Franks, „Death Anxiety; Age, Sex and Parental Resemblance in Disease Populations", *Developmental Psychology (1971)* 4, p. 101.
54. P. Thauberger, „The Avoidance of Ontological Confrontation"' unpublished Ph.D. dissertation, University of Saskatchewan. 1974.
55. C. Stacey şi K. Markin, „The Attitudes of College Students and Penitentiary Inmates toward Death and a Future Life", *Psychiatric Quarterly,* supplement (1952) 26, pp. 27-32.
56. D. Templer „Death Anxiety as Related to Depression and Health of Retired Persons", *Journal of Gerontology* (1971) 26, pp. 521-23.
57. Swenson, „Attitudes toward Death", J. Munnichs, *Old Age and Finitude* (Basel & New York: Karger, 1966); şi S. Shrut, „Attitude toward Old Age to Death:' *Mental Hygiene* (1958) 42, pp. 259-63.
58. Munnichs, *Old Age and Finitude;* A. Christ, „Attitude toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients", *Journal of* Gerontology (1961) 16, pp. 56-59; şi Kastenbaum şi Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 83.
59. Kastenbaum şi Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 107.
60. C. Stacy şi M. Reichers, „Attitudes toward Death and Future Life among Normal and Subnormal Adolescent Girls", *Exceptional Children* (1959) 20, pp. 259-62.
61. A. Maurer, „Adolescent Attitudes toward Death", *Journal of Genetic Psychology* (1964) 105, pp. 79-80.
62. H. Feifel şi A. Branscomb, „Who's, Afraid of Death?", *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 81 (3), pp. 282-88; şi H. Feifel şi L. Herman „Fear of Death in the Mentaly Ill", *Psychological Reports* (1973) 33, p. 931
63. H. Feifel şi A. Brainscomb, „Who's Afraid of Death?".
64. W. Meisner, „Affective Response to Psychoanalytic Death Symbols", *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1958) 56, pp. 295-99.
65. K.G. Magni, „Reactions to Death Stimuli among Theology Students", Journal for the Scientific Study of Religion (Toamna 1970) 9 (3), pp. 247-48.
66. Kastenbaum şi Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 95.

67. Rhudick și Dibner, „Age, Personality, and Health Correlates".
68. Shrut, „Attitude toward Old Age".
69. Swenson, „Attitudes toward Death".
70. Templer, „Death Anxiety".
71. N. Kogan and R. Shelton, „Beliefs about Old People", *Journal of Genetic* Psychology (1962) 100, pp. 93-111.
72. M. Kramer, C. Winget și R. Whitman, „A City Dreams: A Survey Approach to Normative Dream Content", *American Journal of Psychiatry* (1971) 127, pp. 86-92.
73. H. Cason, „The Nightmare Dream" *Psychology Monographs* (1935) 209, p. 46.
74. M. Feldman și M. Hersen, „Attitudes toward Death in Nightmare Subjects", *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72, pp. 421-425; și D. Lester, „The Fear of Death of Those Who Have Nightmares", *Journal of Psychology* (1968) 69, pp. 245-47.
75. P. Handal și J. Rychlak, „Curvilinearity between Dream Content and Death Anxiety and the Relationship of Death Anxiety to Repression-Sensitivity", *Journal of Abnormal Psychology* (1971) 77, pp. 11-16.
76. W. Bromberg și P. Schilder, „The Attitudes of Psychoneurotics toward Death", *Psychoanalytic Review* (1936) 23, pp. 1-28.
77. C. Parks, „The First Year of Bereavement", *Psychiatry* (1970) 33, pp. 444-67.
78. *The Gilgamesh Epic and Old Testament Paralells*, trad. A. Heidel (Chicago: University of Chicago Press, 1946) pp. 63, 64. [trad. cit. rom. – S *Epopeea lui Ghilgameș*, trad. Virginia Șerbănescu și Al. Dima (București: Editura Mondero, 1996), p. 111.]
79. A. Witt, comunicare personală, Septembrie 1978.
80. Comunicare personală a unui prieten.
81. Freud, „Thoughts for the Times", vol. XIV, *Standard Edition*, p. 298. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. IV, p. 46].
82. J. Breuer și S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1955; anul publicării inițiale – 1895).
83. *Ibid.*, p. 9. [trad. cit. rom. – S. Freud și Josef Breuer, „Studii asupra isteriei", trad. Maria și Ion Nastasia în S. Freud *Opere, vol. 12* (București: Editura Trei, 2005), p. 83].
84. *Ibid.*, p. 7. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. 12, p. 80].
85. *Ibid.*, p. xxxi. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. 12, p. 75].

86. *Ibid.*, p. 14.
87. *Ibid.*, p. 34
88. *Ibid.*, p. 117.
89. *Ibid.*, p. 63.
90. *Ibid.*, p. 131.
91. *Ibid.*, p. 137.
92. *Ibid.*, p. 157.
93. S. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, ed. by M. Bonaparte, A. Freud, and E. Kris (New York: Basic Books, 1954).
94. S. Freud, „Inhibitions, Symptoms and Anxiety", vol. XX din *Standard Edition*, p. 166. [trad. cit. rom.– S. Freud, „Inhibiţie, simptom, angoasă", în *Opere, vol. 5* (București: Editura Trei, 2001), pp. 259-260.]
95. A. Compton, „Psychoanalytic Theories of Anxiety", *Journal of American Psychoanalytic Association* (1972) 20 (2), pp. 341-94.
96. S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. 2, *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1955; anul publicării iniţiale – 1895), p. 33.
97. *Ibid.*, p. 40.
98. S. Freud, „Inhibitions, Symptoms and Anxiety", vol. XX din *Standard Edition*, p. 130. [trad. cit. rom. – Sigmund Freud, *Opere*, vol. 5, p. 233].
99. M. Klein, „A contribution at the Theory of Anxiety and Guilt", *International Journal of Psychoanalysis* (1948) 29, pp. 114-23.
100. O. Fenichel. *The Psychoanalytic Theory of the Psychoneuroses* (New York: Norton, 1945).
101. R. Waelder, *Basic Theory of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1960).
102. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1967).
103. S. Freud, „The Ego and the Id", vol. XIX din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1961; anul publicării iniţiale – 1923), p. 57. [trad. cit. rom. – S. Freud, „Eul și Se-ul", trad. George Purdea și Vasile Dem. Zamfirescu, în *Opere*, vol. 3 – (București: Editura Trei, 2000), p. 255].
104. *Ibid.*, p. 58 și urm. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. III, p. 255].
105. S. Freud, *Beyond the Pleasure Principle*, vol. XVIII din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1955; anul publicării iniţiale – 1920), pp. 1-64.
106. Freud, „Thoughts for the Times", vol. XIV, din *Standard Edition*, *p.* 299. [trad cit. rom. – S. Freud, *Opere*, vol. IV, p. 41.]

107. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. I (New York: Basic Books, 1953), p. 40.
108. *Ibid.*, p. 41.
109. *Ibid.*, p. 45.
110. N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959).
111. S. Freud, „Thoughts for the Times", vol. XIV din *Standard Edition*, pp. 273-300.
112. S. Freud, „The Theme of Three Caskets", vol. XII din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1966; anul publicării inițiale – 1913), pp. 289-302 [trad. rom. – „Motivul alegerii casetei", Opere, volumul 1 (București: Editura Trei, 1999), pp. 167–181].
113. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. I, II, III (New York: Basic Books, 1953, 1955, 1957).
114. I. Stone, *Passions of the Mind* (New York: Doubleday, 1971).
115. De exemplu, J. Wortis, *Fragments of an Analysis with Freud* (New York: Simon & Schuster, 1954).
116. De exemplu, S. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, ed. M. Bonaparte, A. Freud și E. Kris (New York: Basic Books, 1954); H. Abraham și E. Freud, ed., *A Psycho-Analytic Dialogue: The Letters of Sigmund Freud and Karl Abraham 1907–1926*, trad. B. Marsa și C. Abraham (New York: Basic Books; Londra: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1965); E. Freud și H. Meng, ed., *Psycho-Analysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfeifer*, trad. E. Mosbacher (New York: Basic Books; Londra: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1963); și E. Pfeiffer, ed., *Sigmund Freud and Lou Andreas-Salomé: Letters*, trad. William și Elaine Robson Scott (New York: Harcourt Brace Jovanovich; Londra: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1972.)
117. Jones, vol. I, p. 4.
118. *Ibid.*, p. 20.
119. *Ibid.*
120. *Ibid.*, p. xii.
121. *Ibid.*, p. 78.
122. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, p. 217.
123. *Ibid.*, p. 129.

Capitolul 3

1. S. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After* (New York, Basic Books, 1972).

2. E. Becker, *The Denial of Death* (New York: Free Press, 1973), p. 36.
3. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 155 și urm.
4. *Ibid.*, pp. 155–56.
5. *Ibid.*, p. 157.
6. F. Moellenkoff, „Ideas of Children about Death", *Bulletin of the Menninger Clinic* (1939) 3, pp. 148-56.
7. E. Erikson, *Childhood and Society* (New York: W.W. Norton, 1963).
8. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After,* pp. 78 și urm.
9. R. Kastenbaum și R. Aisenberg, *Psychology of Death* (New York: Springer, 1972) p. 9.
10. S. Freud, *The Interpretation of Dreams*, vol. IV din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press,1964; anul publicării inițiale – 1900), pp. 254-255. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Interpretarea Viselor*, în *Opere*, vol. 9, trad. Roxana Melnicu (București: Editura Trei, 2003), pp. 247-48.]
11. R. Lapouse și M. Monk, „Fears and Worries in a Representative Sample of Children", *Archives of General Psychiatry* (1967) 17,pp. 593-97.
12. S. Harrison, C. Davenport și J. McDermott, „Children´s Reactions to Bereavement", *Archives of General Psychiatry* (1967) 17, pp. 593-18.
13. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After;* M. Nagy, „The Child´s View of Death", *Journal of Genetic Psychology* (1948) 73, pp. 3-27; p. Schilder și D. Wechsler, „The Attitudes of Children toward Death", *Journal of Genetic Psychology* (1934) 45, pp. 406-51; G. Koocher, „Talking with Children about Death", *American Journal of Orthopsychiatry* (1974) 44, pp. 404-11; M. MacIntire, C. Angle și L. Struempler, „The Concept of Death in Mid-Western Children and Youth", *American Journal of Disease of Children* (1972) 123, pp. 527-32.
14. Nagy, „The Child´s view of Death".
15. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After,* pp. 47–77.
16. Schilder & Wechsler, „The Attitudes of Children toward Death".
17. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 158.
18. E. Furman, *A Child's Parent Dies* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1974), p. 5.
19. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 255.
20. J. Sully, citat în Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 269.
21. J. Piaget, citat in Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 56.
22. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 59.
23. Kastenbaum și Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 9.

24. Kastenbaum și Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 12 și urm.
25. S. Brant, citat în Kastenbaum și Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 14.
26. Kastenbaum și Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 14.
27. G. Rochlin, *Griefs and Discontents: The Focus of Change* (Boston: Little, Brown, 1965), p. 67.
28. G. Rochlin „How Younger Children View Death and Themselves", în *Explaining Death to Children*, ed. E. Grollman (New York: Beacon Press, 1967).
29. M. Scheler, citat în J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), p. 17.
30. Rochlin, „How Younger Children View Death and Themselves", p. 56.
31. *Ibid.*, pp. 84-85.
32. M. Klein, „A Contribution at the Theory of Anxiety and Guilt", *International Journal of Psychoanalysis* (1948) 29, pp. 114-23. [trad. cit. rom. – M. Klein, „Despre teoria anxietății și vinovăției", în *Opere, vol. 2 – Invidie și recunoștință și alte lucrări*, trad. Anacaona Mîndrilă (București: Editura Trei, 2008), pp. 560-63.]
33. K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient* (New York: International Universities Press, 1959), pp. 57-58.
34. A. Freud, „Discussion of John Bowlby's Paper", *Psychoanalytic Study of the Child* (1960) 15, pp. 53-62.
35. Furman, *A Child's Parent Dies*, p. 51.
36. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 139.
37. *Ibid.*, pp. 157-58.
38. A. Maurer, „Maturation of Concepts of Death", *British Journal of Medical Psychology* (1964) 39, pp. 35-413.
39. M. Stern, „Pavor Nocturnis", *International Journal of Psychoanalysis* (1951) 32, p. 302.
40. R. White, „Motivation Reconsidered: The Concept of Competence", *Psychological Review* (1959) 66, pp. 297-333.
41. Maurer, „Maturation of Concepts of Death".
42. Kastenbaum și Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 29.
43. Maurer, „Maturation of Concepts of Death".
44. MacIntire, Angle și Struempler, „The Concept of Death in Mid-Western Children and Youth".
45. I. Alexander și A. Alderstein, „Affective Responses to the Concept of Death in a Population of Children and Early Adolescents", *Journal of Genetic Psychology* (1958) 93, pp. 167-77.
46. Nagy, „The Child's View of Death".

47. S. Hostler, „The Development of the Child´s Concept of Death", *în The Child and Death*, ed. O. J. Sahler (St. Louis, Missouri: C.V. Mosby, 1978), p. 9.
48. E. Jaques, „Death and the Mid-Life Crisis", *International Journal of Psychoanalysis* (1968) 46, pp. 502-13.
49. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry* (Philadelphia and Londra: W.B. Saunders, 1955), p. 467.
50. V. Frankl, comunicare orală, 1974.
51. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 154.
52. *Ibid.*, p. 155.
53. Schilder și Wechsler, „The Attitudes of Children toward Death".
54. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 155.
55. *Ibid.*, p. 257.
56. Schilder și Wechsler, „The Attitudes of Children toward Death".
57. Nagy, „The Child´s View of Death."
58. Koocher, „Talking with Children about Death".
59. I. Opie, *The Love and Language of School Children* (Oxford: Clarendon Press, 1959).
60. Maurer, „Maturation of Concepts of Death".
61. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. II: *Separation* (New York: Basic Books, 1973).
62. A. Jersild și F. Holmes, *Children´s Fears* (New York: Teachers College, Columbia University, 1935); și A. Jersild, „Studies of Children´s Fears", în *Child Behavior and Development*, editori R. Barker, J. Kounin și H. Wright (New York, Londra: McGraw-Hill, 1943).
63. Bowlby, *Attachment and Loss*, pp. 105-18.
64. R. May, *The Meaning of Anxiety* (New York: W.W. Norton, 1977), pp. 105-9.
65. *Ibid.*, pp. 107-108.
66. Klein, „A Contribution to the Theory of Anxiety and Guit"; și D. Winnicott, *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (New York: International Universities Press: 1965), p. 41.
67. A. Freud, „Discussion of John Bowlby´s Paper".
68. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 161.
69. C. Wahl, *„The Fear of Death"*, în *The Meaning of Death*, ed. H. Teifel (New York: McGraw-Hill, 1959) pp. 214 – 23.

70. S. Freud, *An Outline of Psycho-Analysis*, vol. XXXIII, *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1964; data inițială a publicării – 1940), p. 185.
71. S. Rosenzweig și D. Bray, „Sibling Death in Anamneses of Schizophrenic Patients", *Psychoanalytic Review* (1942) 49, pp. 71-92; și S. Rosenzweig, „Sibling Death as Psychological Experience with Special Reference to Schizophrenia", *Psychonalytic Review* (1943) 30, pp. 177-86.
72. Rosenzweig, „Sibling Death".
73. *Ibid.*
74. H. Searles, „Schizophrenia and the Inevitability of Death", *Psychiatric Quarterly* (1961) 35, pp. 631-55.
75. J. Hilgard, M Newman și F. Fisk, „Strenght of Adult Ego Following Childhood Bereavement", *American Journal of Orthopsychiatry* (1960) 30, pp. 788-98.
76. Furman, *A Child's Parent Dies;* Bowlby, *Attachment and Loss;* R. Furman, „Death and the Young Child", *Psychoanalytic Study of the Child* (1964) 29, pp. 321-33; și R. Zeligs, *Children's Experience With Death* (Springfield, Illinois: C.C. Thomas, 1974), pp. 1-49.
77. Maurer, „Maturation of Concepts of Death".
78. MacIntyre, Angle și Struempler, „The Concept of Death"; F. Brown, „Depression and Childhood Bereavement", *Journal of Mental Science* (1961) 107, pp. 754-77; I. Gregory, „Studies in Parental Deprivation in Psychiatric Patients", *American Journal of Psychiatry* (1958) 115, pp. 432-42; G. Pollack, „Childhood Parent and Sibling Loss in Adult Patients", *Archives of General Psychiatry* (Oct. 1962) 7, pp. 295-305; și H. Barry și E. Lindeman, „Critical Ages for Maternal Bereavement in Psychoneuroses", *Psychosomatic Medicine* (1960) 22: pp. 166-81.
79. J. Hilgard și M. Newman, „Evidence for Functional Genesis in Mental Illness: Schizophrenia, Depressive Psychoses and Psychoneurosis", *Journal of Nervous and Mental Disease* (1961) 132, pp. 3-6.
80. M. Breckenridge și E. Vincent, *Child Development*, ed. W.B. Saunders, ed. a IV-a (Philadelphia: W.B. Saunders, 1960), p. 138.
81. E. Kübler-Ross, expunere realizată în cadrul Stanford Medical School, Mai 1978.
82. S. Ferenczi, citat în Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After, p.* 157.
83. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After*, p. 159.
84. J. Bruner, citat în H. Galen, „A Matter of Life and Death", *Young Children* (august 1972) 27, pp. 351-56.
85. Galen, „A Matter of Life and Death".

86. Rochlin, „How Younger Children View Death and Themselves", p. 63.

Capitolul 4

1. S. Kierkegaard citat de E. Becker, *The Denial of Death* (New York: Free Press, 1973), p. 70.
2. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1945), p. 126.
3. p. Tillich, *The Courage to Be* (New Haven and Londra: Yale University Press, 1952), p. 66. [trad. cit. rom. – p. Tillich, *Curajul de a fi*, trad. Sorin Avram Vârtop (București: Editura Herald, 2007), p. 82.]
4. E. Becker, *The Denial of Death*, p. 66.
5. R. Lifton, „The Sense of Immorality: On Death and the Continuity of Life", în *Explorations of Psychohistory*, edit. R. Lifton și E. Olson (New York: Simon & Schuster, 1974), p. 282.
6. L. Loeser și T. Bry, „The Role of Death Fears in the Etiology of Phobic Anxiety", *International Journal of Group Psychotherapy* (1960) 10, pp. 287-97.
7. O. Rank, *Will Therapy, p.* 124.
8. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), p. 6. [trad. cit. rom. – E. Fromm, *Frica de libertate*, trad. Magdalena Măringuț (București: Universitas, 1998), p. 13.]
9. L. Tolstoi, *The Death of Ivan Ilich and other Stories* (New York: Signet Classics, 1960), pp. 131-132. [trad. cit. rom. – L.N. Tolstoi, *Moartea lui Ivan Ilici*, trad. C. Clejan și S. Ionescu (București: Editura A.R.L.U.S – „Cartea Rusă", 1953), pp. 53-54.]
10. R. Frost, *In the Clearing* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1962), p. 39.
11. N. Kazantsakis, *Report to Greco*, trad. p. A. Bien (New York: Simon & Schuster, 1965) p. 457. [trad. cit. rom. – Nikos Kazantzakis, *Raport către El Greco*, trad. Alexandra Medrea-Danciu (București: Editura Univers, 1974) p. 456.]
12. N. Kazantsakis, *The Odyssey: A Modern Sequel*, trad. p. A. Bien (New York: Simon & Schuster, 1958).
13. C. Baker, *Ernest Hemingway: A Life Story* (New York: Charles Scribner, 1969), p. 5.
14. E. Hemingway, *The Old Man and the Sea* (New York: Charles Scribner, 1961).
15. C. Wahl, „Suicide as a Magical Act", *Bulletin of Menninger Clinic* (mai 1957) 21, pp. 91-98.

16. F. Kluckholm şi F. Stroedbeck, *Variations in Value Orientations* (New York: Harper & Row, 1961), p. 15.
17. J.M. Keynes, citat de Norman Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107
18. L. Tolstoi, *Anna Karenina* (New York: Modern Library, 1950), p. 168. [trad. cit. rom. – L. Tolstoi, *Ana Karenina*, trad. Ştefana Velisar Teodoreanu, Mihail Sevastos şi Ion Popovici (Bucureşti: E.S.P.L.A – Cartea Rusă, 1960), vol. I, pp. 183-184.]
19. H. Feifel, *Taboo Topics*, ed. Norman Forberow (New York: Atherton Press, 1963), p. 15.
20. O. Rank, *Will Therapy*, p. 130.
21. H. Ibsen, citat de O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality*, p. 130.
22. S. Freud, *Some Character Types Met with in Psychoanalitic Work*, vol. XIV din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1957: anul publicării iniţiale – 1916), pp. 316-21. [trad. cit. rom. – S. Freud, „Câteva tipuri de caracter din practica psihanalitică", în *Opere*, vol. 1., trad. Vasile Dem. Zamfirescu (Bucureşti: Editura Trei, 1999), p. 223.]
23. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality.p. 119.*
24. A. Maslow, *The Further Reaches of Human Nature* (New York: Viking, 1971) p. 35.
25. E. Becker, *The Denial of Death, pp. 35 – 39.*
26. E. Fromm, *Escape from Freedom*, pp. 174 –79 [*Frica de libertate*, p. 151-155].
27. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry* (Londra: W.B. Saunders, 1955), pp. 476-81.
28. L. Tolstoi, *War and Peace* (New York: Modern Library, 1931), p. 231. [trad. cit. rom. – L. N. Tolstoi, *Război şi pace*, trad. Ion Frunzetti şi N. Parocescu, (Bucureşti: Editura Pentru Literatură Universală, 1961), vol. I, pp. 374-377.]
29. S. Kierkegaard, citat de Rollo May, *The Meaning of Anxiety* ed. rev. (New York: W.W. Norton, 1977), p. 38.
30. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), p. 105. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Fiinţă şi Timp*, trad. Gabriel Liiceanu şi Cătălin Cioabă (Bucureşti: Humanitas, 2003), p. 101.]
31. S. Arieti, „Psychotherapy of Severe Depression", *American Journal of Psychiatry* (1977), 134 (8), pp. 864-68.
32. *Ibid.*
33. I. Yalom şi G. Elkin, *Everyday Gets a Little Closer* (New York: Basic Books, 1974). Trad. rom.: *Cu fiecare zi mai aproape* (Bucureşti: Editura Trei, 2009).

34. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* pp. 119-34.
35. W. Tietz, „School Phobia and the Fear of Death", *Mental Hygiene* (1970) 54, pp. 565-68.
36. Comunicare orală, mai 1979.
37. E. Greenberger, „Fantasies of Women Confronting Death", *Journal of Consulting Psychology* (1965) 29, pp. 252-60.
38. M. Mahler, F. Pine şi A. Bergman, *The Psychological Birth of the Infant* (New York: Basic Books, 1975).
39. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* p. 126.
40. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling and the Sickness unto Death* (New York: Doubleday Anchor Books, 1953), pp. 182-200.
41. Tillich, *The Courage to Be,* p. 52. [trad. cit. rom. – p. Tillich, *Curajul de a fi,* p. 65].
42. O. Rank, *Will Therapy and Truth and reality,* p. 149.
43. H. Searles, „Schizophrenia and the Inevitability of Death", *Psychiatric Quarterly* (1961) 35, pp. 631-55.
44. *Ibid.*
45. *Ibid.*
46. *Ibid.*
47. *Ibid.*
48. N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107.
49. H. Witkin, *Psychological Differentiation* (New York: John Wiley, 1962).
50. H. Witkin, „Psychological Differentiation and Forms of Pathology", *Journal of Abnormal Psychology* (1965) 70 (5), pp. 317-36.
51. J. Rotter, „Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement", *Psychological Monographs* (1966) 80 (1, #609 în întregime).
52. E. Phares, *Locus of Control in Personality* (Morristown, N.J.: General Learning Press, 1976).
53. J. Rotter, „Some Implications of Social Learning Theory for Prediction of Goal Directed Behavior from Testing Procedures", *Psychology Review* (1960) 67, pp. 301-16.
54. W. Mischel, R. Zeiss, „Internal-External Control and Persistence", *Journal of Personality and Social Psychology* (1974) 29, pp. 265-78.
55. E. Phares, *Locus of Control in Personality, p.* 7.
56. *Ibid.*, pp. 144-56.
57. *Ibid.*, pp. 149.

58. P. Duz, „Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation of Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal-External Control", *Journal of Counseling Psychology* (1970) 17, pp. 567-72.
59. H. Witkin, „Psychological Differentiation and Forms of Pathology", J. Rotter, „Some Implications of Social Learning Theory for Prediction of Goal Directed Behavior from Testing Procedures", şi E. Phares, *Locus of Control in Personality*.
60. R. Ryckman şi M. Sherman, „Relationship between Self Esteem and Internal-External Locus of Control", *Psychological Reports* (1973) 32, p. 1106; şi B. Fish şi S. Karabenick, „Relationship between Self Esteem and Locus of Control", *Psychological Reports* (1971) 29, pp. 784.
61. D. Kilpatrick, W. Dubin şi D. Marcotte, „Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affective Mood States", *Psychology Reports* (1974) 3, pp. 215-23.
62. F. Melges şi A. Weisz, „The Personal Future and Suicidal Ideation", *Journal of Nervous and Mental* Disease (1971) 153, pp. 244-50; şi H. Lefcourt, *Locus of Control* (Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1976), p. 148.
63. J. Shybutt, „Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance", *Journal of Clinical Psychology* (1968) 24, pp. 312-15; C. Smith, M. Peyer şi M. Distefano, „Internal –External Control and Severity Emotional Impairment", *Journal of Clinical Psychology* (1971) 27, pp. 449-50.
64. M. Harrow şi A. Ferrante, „Locus of Control in Psychiatric Patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1969) 33, pp. 582-89; R. Cromwell, „Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjetcts", *Journal of Personality* (1961) 29, pp. 363-79.
65. C. Fersten, „A Functional Analysis of Depression", *American Psychologist* (1973) 28, pp. 857-70; p. Lewinsohn, citat de Lefcourt, *Aspects of Depression*; W. Miller şi M. Seligman, „Depression and the Perception of Reinforcement", *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82, pp. 62-73; L. Abramson şi H. Sackeim, „A Paradox in Depression: Uncontrolability and Self-Blame", *Psychology Bulletin* (1977) 84, pp. 838-52.
66. A. Tolor şi M. Reznikoff, „Relation Between Insight, Repression-Sensitization, Internal-External Control and Death Anxiety", *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72, pp. 426-31.

67. A. Berman și J. Hays, „Relation between Death Anxiety, Belief in Afterlife, and Locus of Control", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1973) 41, p. 318.

Capitolul 5

1. N. Kazantsakis, *The Odissey: A Modern Sequel*, trad. Kimon Friar (New York: Simon & Schuster, 1958).
2. S. Kierkegaard, citat de R. May, *The Meaning of Anxiety*, ed. rev. (New York: Norton, 1977), p. 37.
3. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962) p. 294. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă (București: Humanitas, 2003), p. 350].
4. F. Nietzsche , *The Gay Science*, trad. W. Kaufman (New York: Random House, Vintage, 1974), p. 37. [trad. cit. rom. – F. Nietzsche, *Știința voioasă*, trad. de Liana Micescu și Simion Dănilă (București: Humanitas, 2006), p. 14].
5. M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne*, trad. D. Frame (Stanford, California: Stanford University Press, 1945), p. 65.
6. G. Santayana, citat de K. Fisher, „Ultimate Goals in Psychotherapy", *Journal of Existentialism* (Iarnă, 1966-67) 7, pp. 215-32.
7. R. Assagioli, *Psychosynthesis* (New York: Viking Press, 1971), p. 116.
8. p. Landsburg, citat în J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), p. 16.
9. J. Donne, *Complete Poetry and Selected Prose* (New York: Modern Library, 1952), p. 332.
10. R. Gardner, „The Guilt Reaction of Parents of Children with Severe Psychical Disease", *American Journal of Psychiatry* (1969), 126, pp. 82-90.
11. Heidegger, *Being and Time*, p. 105 [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, p. 101.]
12. S. Golburgh și C. Rotman, „The Terror of Life: A Latent Adolescent Nightmare", *Adolescence* (1973) 8, pp. 569-74.
13. E. Jaques, „Death and the Mid-Life Crisis", *International Journal of Psychoanalysis* (1965), 46, pp. 502-513.
14. C. Jung, citat de D. Levinson, *The Seasons of a Man's Life* (New York, Alfred A. Knopf, 1978), p. 4.
15. D. Krantz, *Radical Career Change: Life Beyond Work* (New York: Free Press, 1978).

16. R. Noyes, „Attitude Change Following Near-Death Experiences", *Psychiatry*, 1980 (43), pp. 234-242.
17. M. Montaigne, *Complete Essays*, p. 62. [trad. cit. rom. – Michel de Montaigne, *Eseuri*, vol. I, Trad. rom. Mariella Seulescu (București: Editura Științifică, 1966), vol. I, p. 82].
18. A. Kurland et al., „Psychedelic Therapy Utilizing LSD in the Treatment of the Alcoholic Patient", *American Journal of Psychiatry* (1967), 123 (10), pp. 1202-9.
19. I. Silbermann, „The Psychical Experience During the Shocks in Shock-Therapy", *International Journal of Psychoanalysis* (1940) 21, pp. 179-200.
20. p. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976), pp. 31-41, 65-74.
21. E. Aronson, comunicare orală, 1977.
22. J. Laube, „Death and Dying Workshop for Nurses: Its Effects on Their Death Anxiety Level", *International Journal of Nursing Students* (1977) 14, pp. 111-120; p. Murray, „Death Education and Its Effects on the Death Anxiety Level of Nurses", *Psychological Reports* (1974) 35, p. 1250; J. Bugental, „Confronting the Existential Meaning of My Death Through Group Exercises", *Interpersonal Development* (1973) 4, pp. 1948-63; W. Whelan și W. Warren, „A Death Awareness Workshop: Theory Application and Results", manuscris nepublicat 1977.
23. W. Whelan și W. Warren, „A Death Awareness Workshop: Theory Application and Results".
24. J. Fowels, *Daniel Martin* (Boston: Little Brown, 1977), p. 177. [trad. cit. rom. – J. Fowels, *Daniel Martin*, trad rom. Mariana Chițoran și Livia Deac (București: Univers, 1984), p. 195.]
25. I. Yalom *et al.*, *„The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique"*, *Archives of General Psychiatry* (1975) 32, pp. 605-13.
26. G. Zilboorg, „Fear of Death", *Psychoanalytic Quarterly* (1943) 12, pp. 465-75.
27. S. Freud, *Three Essays on the Theory of Sexuality*, vol. VII din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1957; data publicării inițiale –1905), pp. 125-231.
28. M. Stern, „Fear of Death and Neurosis", *Journal of American Psychoanalytic Association* (Mai 1966), pp. 3-31.
29. Dante Alighieri, *La Divina Commedia* (Florența, Italia: Casa Editrice Nerbini, fără dată); Dante Alighieri, trad. John Froccero 1980. [trad. cit. rom. – *Divina Comedie. Infernul.*, trad. rom. Eta Boeriu (București: Editura Minerva 1982), p. 359.]

30. E. Jaques, „Death and the Mid-Life Crisis".
31. H. Rosenberg, „The Fear of Death as an Indispensable Factor in Psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy* (1963) 17, pp. 619-30.
32. J. Breuer și S. Freud, *Studies on Histeria*, vol. II din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1964; anul publicării inițiale – 1895), p. 268. [trad. cit. rom. – J. Breuer și S. Freud, *Studii despre isterie*, în *Opere*, vol. 12, Trad. rom. Maria și Ion Nasta (București: Editura Trei, 2005), p. 244].
33. M. Eliade, *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy* (Princeton, N.J: Princeton University Press, 1964), p. 43. [Trad. rom.: *Șamanismul și tehnicile arhaice ale extazului* (București: Humanitas, 1997].
34. *Ibid.*, p. 45.
35. M. Stern, „Fear of Death and Neurosis".
36. J. Bugental, *The Search of Authenticity* (New York: Holt, Rienhart & Winston, 1965), p. 167.
37. J. Hinton, „The Influence of Previous Personality in Reactions to Having Terminal Cancer", *Omega* (1975) 6, pp. 95-111.
38. F. Nietzsche, citat de N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107.
39. H. Searles, „Schizophrenia and the Inevitability of death", *Psychiatric Quarterly* (1961) 35, pp. 631-55.
40. Montaigne, *Complete Essays*, p. 268 [trad. cit. rom. – p. 359.]
41. W. Whelan și W. Warren, „A Death Awareness Workshop: Theory Application and Results".
42. D. Kaller, „An Evaluation of a Self-Instructional Program Designed to Reduce Anxiety and Fear about Death", *Dissertation Abstracts* (Mai 1975) 35 (11), pp. 7125-A.
43. E. Pratt, „A Death Educational Laboratory as a Medium for Influencing Feelings Toward Death", *Dissertation Abstracts* (1974), 4026(B).
44. L.J. Laube „Death and Dying Workshop for Nurses: Its Effects on Their Death Anxiety Level".
45. P. Murray, „Death Education and Its Effects on the Death Anxiety Level of Nurses".

Capitolul 6

1. J. Sartre, *Being and Nothingness*, trad. Hazel Barnes (New York: Philosophical Library, 1956), p. 633. [trad. cit. rom. – J.P. Sartre, *Ființa și neantul*, trad. Adriana Neacșu (Pitești: Paralela 45, 2004), p. 742].
2. J. Sartre, *Nausea*, trad. Hazel Barnes (New York: New Directions, 1964), pp. 126-130. [trad. cit. rom. – Sartre, *Greața*, trad. Alexandru George (București: Univers, 1990), p. 166-168, 170.]
3. *The Encyclopedia of Philosophy*, ed. P. Edwards, vol. IV. (New York: Macmillan și Free Press, 1967), p. 308.
4. J. Russel, „Sartre, Therapy and Expanding the Concept of Responsibility", *American Journal of Psychoanalysis* (1978) 38, pp. 259-69.
5. Sartre, *Being and Nothingness*, p. 566. [trad. cit. rom. – J.P. Sartre, *Ființa și neantul*, p. 759.]
6. Sartre, citat de D. Follesdal, „Sartre on Freedom", în *Library of Living Philosophers*, vol. XVI, ed. Paul Schilpp (Evanston: Northwestern University Press, 1981).
7. *The Encyclopedia of Philosophy, vol. V*, pp. 416-19.
8. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941).
9. R. Kogod, comunicare orală, 1974.
10. V.M. Gatch și M. Temerlin, „Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist"; *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1965) 5, pp. 16-35.
11. M. Mazer, „The Therapeutic Function of the Belief in Will", *Psychiatry* (1960) 23, pp. 45-52.
12. F. Perls, citat în J. Russell, „Sartre, Therapy".
13. F. Perls și P. Baumgardner, *Legacy from Fritz* (Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1975), pp. 45-46.
14. A. Levitsky și F. Perls „The Rules and Games of Gestalt Therapy", în *Gestalt Therapy Now*, ed. J. Fagan și Irma Lee Sheperd (Palo Alto: Science and Behavior Books, 1973), p. 143.
15. *Ibid.*, p. 98.
16. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (New York: Bantam Books, 1969), p. 80.
17. V. Frankl, *The Will to Meaning* (Cleveland, O.: New American Library, 1969), pp. 101-7.

18. J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson* (New York: W.W. Norton, 1973); şi p. Watzlawick, J. Beavin şi D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication* (New York: W.W. Norton, 1967).
19. F. Perls şi P. Baumgardner, *Legacy from Fritz, p.* 117.
20. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim, p.* 79.
21. *Ibid.*, pp. 69-70.
22. F. Perls şi P. Baumgardner, *Legacy from Fritz, p.* 44.
23. *Ibid.*, p. 44-45.
24. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim, p.* 79.
25. R. Drye, R. Goulding şi M. Goulding, „No Suicide Decision: Patient Monitoring of Suicidal Risk", *American Journal of Psychiatry* (1973) 130, pp. 171-74.
26. H. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, ed. L. Fierman (New York: Free Press, 1965).
27. *Ibid.*, p. 135.
28. *Ibid.*, p. 126.
29. *Ibid.*, p. 129.
30. H. Kaiser, „The Problem of Responsibility in Psychotherapy", *Psychiatry* (1955) 18, pp. 205-11.
31. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, pp. 159 şi urm.
32. *Ibid.*, pp. 172-202.
33. W. Dyer, *Your Erroneous Zones* (New York: Avon Books, 1977).
34. *Ibid.*, p. 14.
35. W. Dyer, *Pulling Your Own Strings* (New York: Funk & Wagnalls, 1978).
36. G. Weinberg, *Self-Creation* (New York: Avon Books, 1978).
37. Dyer, *Your Erroneous Zones*, pp. 194-196.
38. *Ibid.*, pp. 214-15.
39. A. Lazarus şi A. Fay, *I Can If I Want To* (New York: William Morrow, 1975).
40. N. Lande, *Mindstyles Lifestyles* (Los Angeles: Price, Stern, Sloan, 1976), pp. 135-46.
41. A. Bry, *EST* – 60 *Hours That Transform Your Lıfe* (New York: Harper & Row, 1976), pp. 49-50.
42. *Ibid.*, p. 53.
43. L. Rhinehart, *The Book of EST* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976), pp. 142-44.
44. Bry, *EST, p.* 59.

45. L. Rhinehart, *The Book of EST*, pp. 144-45.
46. A. Bry, *EST, p.* 61.
47. *Ibid.*, p. 71.
48. *Ibid.*, pp. 72-73.
49. *Ibid.*, p. 73.
50. *Ibid.*, p. 72.
51. *Ibid.*, p. 76.
52. *Ibid.*, pp. 72-73.
53. *Ibid.*, p. 128.
54. *Ibid.*, p. 129.
55. S. Fenwick, *Getting It: The Psychology of EST* (New York: J. p. Lippincott, 1976) p. 181.
56. R. Ryckman și M. Sherman, „Relationship between Self-Esteem and Internal-External Locus of Control", *Psychological Report* (1973) 32, p. 1106; și B. Fish și S. Karabenich, „Relationships between Self-Esteem and Locus of Control", *Psychological Reports* (1971) 29, pp. 784-87.
57. D. Kilpatrick, W. Dubin și D. Marcotte, „Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affect Mood State", *Psychological Reports* (1974) 3, pp. 1215-23.
58. F. Melgas și A. Weisz, „The Personal Future and Suicidal Ideation", *Journal of Nervous and Mental Disease* (1971) 153, pp. 244-50; și H. Lefcourt, *Locus of Control* (New Jersey: Lawrence Erlbaum 1976), p. 148.
59. J. Rotter, „Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement", *Psychological Monographs* (1966) 80 (1, întregul #609) 7, 61, 166.
60. J. Easterbrook, *The Determinants of Free Will* (New York: Academic Press, 1978), p. 26.
61. M. Harrow și A. Ferrante, „Locus of Control in Psychiatric Patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1969) 33, pp. 582-89; și R. Cromwell, „Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects", *Journal of Personality* (1961) 29, pp. 363-79.
62. J. Shybutt, „Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance", *Journal of Clinical Psychology* (1968) 24, pp. 312-15; și S. Smith, C. Pryer și M. Distefano, „Internal-External Control and Severity Emotional Impairment", *Journal of Clinical Psychology* (1971) 27, pp. 449-50.
63. C. Fersten, „A Functional Analysis of Depression", *American Psychologist* (1973) 28, pp. 857-70; P. Lewinsohn, citat de Lefcourt, *Locus of Control;* W. Miller și M. Seligman, „Depression and the Perception of Reinforcement", *Journal of Abnor-*

mal Psychology (1973) 82, pp. 62- 73; şi L. Abramson şi H. Sackeim, „A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-Blame", *Psychological Bulletin"* (1977) 86, pp. 8 –52.

64. M. Seligman, *Helplessness: On Depression, Development and Death* (San Francisco: W. H. Freeman, 1975).
65. M. Seligman şi S. Maier, „Failure of Escape Traumatic Shock", *Journal of Experimental Psychology* (1967) 74, pp. 1-9; şi J. Overmier şi M. Seligman, „Effects of Inescapable Shock upon subsequent Escape", *Journal of Comparative and Physiological Psychology* (1967) 63, pp. 23-33.
66. D. Hiroto, „Locus of Control and Learned Helplessness", *Journal of Experimental Psycholohgy* (1974) 102, pp. 187-93.
67. D. Hiroto şi M. Seligman, „Generality of Learned Helplessness in Man", *Journal of Personality of Social Psychology* (1975) 31, pp. 311–27.
68. D. Klein and M. Seligman, „Reversal of Performance Deficits and Perceptual Deficits in Learned Helplessness and Depression", *Journal of Abnormal Psychology* (1976) 85, pp. 11-26.
69. W. Miller şi M. Seligman, „Depression and the Perception of Reinforcement", *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82, pp. 62-73.
70. Abramson and Sackeim, „A Paradox."
71. A. Beck, *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects* (New York: Harper and Row, 1967).
72. Abramson and Sackeim, „A Paradox."
73. Lefcourt, *Locus of Control*, pp. 96-109; şi J. Phares, *Locus of Control in Personality* (Moristown, N.J.: General Learning Press, 1976), pp. 144-56.
74. Phares, *Locus at Control;* şi C. Crandall, W. Katkovsky şi V. Crandall, „Children´s Beliefs in Their Own Control of Reinforcement in Intellectual-Academic Situations",*Child Development* (1965) 36, pp. 91-109.
75. J. Gillis şi R. Jessor, „Effects of Brief Psychotherapy on Belief in Internal Control", *Psychotherapy: Research and Practice* (1970) 7, pp. 135-37.
76. p. Dua, „Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation on Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal vs. External Control", *Journal of Counseling Psychology* (1970) 17, pp. 567-72.
77. S. Nowick şi J. Bernes, „Effects of a Structured Camp Experience on Locus of Control", *Journal of Genetic Psychology* (1973) 122, pp. 247-52.

78. M. Foulds, „Change in Locus of Internal-External Control", *Comparative Group Studies* (1971) 2, pp. 293-300; M. Foulds, J. Guinan, și R. Warehine, „Marathon Group: Change in Perceived Locus of Control", *Journal of College Student Personnel* (1974) 15, pp. 8-11; și M. Dianard și J. Shapiro, „Change in Locus of Control as a Function of Encounter Group Experiences", *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82, pp. 514-18.
79. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 77-98. [Trad. rom. – *Tratat pe psihoterapie de grup. Teorie și practică* (București: Editura Trei, 2008), trad. de Simona și Anatol Reghintovschi, pp. 99-107].
80. D. York și C. Eisman, studiu nepublicat.
81. J. Dreyer, University of West Virginia, studiu nepublicat.
82. M. Lieberman, N. Solow, G. Bond și J. Reibstein, „The Psychotherapeutic Impact of Women´s Consciousness-raising Groups", *Archives of General Psychology* (1979) 36, pp. 161-68
83. L. Horowitz, „On the Cognitive Structure of Interpersonal Problems Treated in Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1979) 47, pp. 5-15.
84. G. Helweg, citat de J. Phares, *Locus of Control, p.* 169.
85. A. Jacobsen, cited in Phares, *Locus of Control, p.* 169.
86. K. Wilson, citat de Phares, *Locus of Control,* pp. 169-70.
87. M. Liberman, I. Yalom și M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
88. B. Skinner citat de A. Bandura, *Social Learning Theory* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1977), p. 203..
89. L. Binswanger, *Sigmund Freud: Reminiscences of a Friendship,* trad. N. Guterman (New York: Grune & Sttraton, 1957), p. 90.
90. A. Bandura, „Presidential Address", discurs ținut la reuniunea Asociației Americane de Psihologie, New Orleans, august 1974.
91. *Ibid.;* și A. Bandura „The Self System in Reciprocal Determinism", *American Psychologist* (1978) 33 (4), pp. 344-58.
92. Bandura, „Presidential Address", p. 633.
93. Epictet, citat de H. Arendt, *Willing – The Life of The Mind,* vol. II (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1978), p. 29.
94. Sartre, *Being and Nothingness,* p. 629. [trad. cit. rom. – J.P. Sartre, *Ființa și neantul,* p. 742].

95. S. Freud, *The Psychopathology of Everyday Life*, vol. VI din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1960; anul publicării inițiale – 1901), pp. 178-88. [trad. cit. rom. – S. Freud, *Psihopatologia vieții cotidiene, Opere*, vol. 14, trad. Herta Spuhn și Daniela Ștefănescu (București: Editura Trei, 2006), p. 228.]
96. O. Simonton, S. Matthews-Simonton și J. Crieghton, *Getting Well Again* (Los Angeles: J.P. Tarcher, 1978).
97. I. Yalom și C. Greaves, „Group Therapy with the Terminally Ill", *American Journal of Psychiatry* (1977) 134 (4), pp. 396-400; și D. Spiegel și I. Yalom, „Cancer Group", *International Journal of Group Psychotherapy* (1978) 28(2), pp. 233-45.
98. I. Janis, *Psychological Stress* (New York: John Wilkey, 1958).
99. V. Frankl, comunicare orală, 1972.
100. I. Yalom și Graves, „Group Therapy"; și Spiegel și Yalom, „Cancer Group".
101. S. Freud, „New Introductory Lectures on Psychoanalysis", vol. XXII in *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1964; anul publicării inițiale – 1933), p. 66. [S. Freud – „Prelegeri de introducere în psihanaliză. Serie nouă", trad. Reiner Wilhelm, în *Introducere în psihanaliză. Opere*, vol. X (București: Editura Trei, 2004), p. 514.]
102. M. Buber, „Guilt and Guilt Feelings", *Psychiatry* (1957) 20, pp. 114-29.
103. M. Heidegger, *Being and Time*, trad. J. Macquarrie și E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 327. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă (București: Humanitas, 2003), p. 374.]
104. *Ibid.* p. 329. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp, p.* 376.]
105. *Ibid.* p. 330. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp, p.* 377.]
106. P. Tillich, *The Courage to Be* (New Haven: Yale University Press, 1952), p. 52. [trad. cit. rom. – p. Tillich, *Curajul de a fi*, trad. Sorin Avram Vîrtop (București: Editura Herald, 2007), p. 65.]
107. S. Kierkegaard, *The Sickness Unto Death* (New York: Doubleday, 1941), pp. 186-87.
108. M. Friedman, introducere la M. Buber, *Between Man and Man* (New York: Macmillan,1965), p. xix.
109. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1945).
110. R. May, ed., *Existential Psychology* (New York: Random House, 1969), p. 19.
111. R. May. *Art of Counseling* (Nashville: Abingdon Press, Apex Books, 1967), p. 70.
112. R. May, E. Angel și H. Ellenberger, eds., *Existence* (New York: Basic Books. 1958), p. 52.

113. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being* (Princeton, D. Van Nostrand. 1962), p. 5.

114. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper & Row, 1965), pp. 121-48.

115. G. Murphy, *Human Potentialities* (New York: Basic Books, 1958).

116. E. Fromm, *Man for Himself* (New York: Rinehart, 1947).

117. C. Buhler, „Maturation and Motivation", *Dialectica* (1951) 5, pp. 312-61.

118. G. Allport, *Becoming* (New Haven: Yale University Press, 1955).

119. C. Rogers, *On Becoming a Person* (Boston: Houghton Mifflin, 1961).

120. C. Jung, *Modern Man in Search of a Soul* (New York: Harcourt, 1933).

121. Maslow, *Psychology of Being*, pp. 19-41.

122. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: W. W. Norton, 1950).

123. Ibid, p. 17.

124. Maslow, *Psychology of Being*, pp. 3-4.

125. J. S. Mill., citat de Arendt, *Willing*, p. 9.

126. Sf. Augustin, citat de Arendt, *Willing*, p. 98.

127. F. Kafka, *Tagebucher 1910-1923* (Germany: S. Fischer Verlag; New York: Schocken, 1948), p. 350 [trad. cit. rom. – Franz Kafka, *Jurnal*, trad. Radu Gabriel Pârvu (București: Editura RAO, 2007), p. 369.]

128. F. Kafka, *The Trial* (New York: Modern Librery, Random House, 1956), pp. 247-78 [trad. cit. rom. – F. Kafka, *Procesul*, trad. Gellu Naum (București: RAO, 1994)].

129. J. Heuscher, „Inauthenticity, Flight from Freedom, Despair", *American Journal of Psychoanalysis* (1976) 36, pp. 331-7.

130. Kafka, *The Trial*, p. 266. [trad. cit. rom. – F. Kafka, *Procesul*, trad. Gellu Naum (București: RAO, 1994), p. 196.]

131. Kafka, citat în M. Buber, *The Knoweedge of Man* (New York: Harper & Row, 1965), p. 143.

132. Buber, *Knowledge of Man, p.* 143.

133. Heuscher, „Inauthenticity."

134. *Ibid.*

135. S. Kierkegaard, citat de R. May, *The Meaning of Anxiety*, rev. ed. (New York: W. W. Norton, 1977), p. 40.

Capitolul 7

1. A. Wheelis, „The Place of Action in Personality Change", *Psychiatry* (1950) 13, pp. 135-48.
2. A. Wheelis, „Will and Psychoanalysis", *Journal of Psychoanalytic Association* (1956) 4, pp. 285-303.
3. *Ibid.*
4. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. I (New York: W.W. Norton, 1969), p. 41.
5. S. Freud, citat de R. May în *Love and Will* (New York: Basic Books, 1953), p. 183.
6. R. May, *Love and Will*, p. 183
7. S. Freud, „The Ego and the Id", vol. XIX din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press,1961; anul publicării inițiale – 1923), p. 50 [trad. cit. rom. – Sigmund Freud, „Eul și Se-ul", trad. George Purdea și Vasile Dem. Zamfirescu, în *Psihologia inconștientului, Opere*, vol. 3 (București: Editura Trei, 2000), p. 249].
8. May, *Love and Will*, p. 198.
9. T. Hobbes, citat în H. Arendt, *Willing*, vol. II în *The Life of Mind* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1978), p. 23.
10. B. Spinoza, *The Chief Works*, ed. R.H. Elwes, vol. II (New York: Dover. 1951), p. 390.
11. R. May, *Love and Will*, pp. 197-98.
12. Aristotel, citat în Arendt, *Willing*, pp. 15-18.
13. Arendt, *Willing*, p. 32.
14. I. Kant, citat în Arendt, *Willing*, p. 6.
15. L. Farber, *The Ways of the Will* (New York: Basic Books, 1966), p. 27.
16. Wheelis, „Will and Psychoanalysis."
17. S. Arieti, *The Will to Be Human* (New York: Quadrangle Books, 1972), p. 2.
18. Wheelis, „Will and Psychoanalysis."
19. H. Arendt, *Willing, p.* 15.
20. A. Schopenhauer, *The World as Will and Representation* (Indian Hills, Col.: Falcon´s Wing Press, 1958). [trad. cit. rom. – A. Schopenhauer, *Lumea ca voință și reprezentare*, trad. Emilia Dolcu, Viorel Dumitrașcu, Gheorghe Puiu (Iași: Editura Moldova 1995), vol. III, p. 169.]
21. F. Nietzsche, citat de Arendt, *Willing*, p. 161.
22. Aristotel, citat de Arendt, *Willing, p.* 16.
23. Arendt, *Willing*, p. 13; și May, *Love and Will, p.* 243.

24. W. James, *Psychology* (Greenwich: Fawcett, 1963), pp. 376-80.
25. E. Becker, *Denial of Death* (New York: Free Press, 1973).
26. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* trad. J. Taft. (New York: Alfred A. Knopf, 1945).
27. *Ibid.*, p. 111.
28. *Ibid.*, p. 24.
29. *Ibid.*, p. 28.
30. O. Rank, „The Training of the Will and Emotional Development", *Journal of Otto Rank Associates*, (Decembrie 1967) 3, pp. 51-74.
31. *Ibid.*, p. 68.
32. *Ibid.*, p. 68.
33. *Ibid.*, p. 69.
34. Rank, *Will Therapy, p.* 230.
35. *Ibid.*, p. 7.
36. *Ibid.*, p. 9.
37. *Ibid.*, p. 12.
38. *Ibid.*, p. 8.
39. *Ibid.*, p. 11 .
40. S. Tomkins, citat de R. May, *Love and Will* (New York: W. W. Norton, 1969), p. 194.
41. Wheelis, „Will and Psychoanalysis."
42. Rank, *Will Therapy, p.* 16.
43. *Ibid.*, p. 56.
44 L. Farber, *The Ways of the Will* (New York: Basic Books. 1966).
45. *Ibid.*, p. 8.
46. *Ibid.*, p. 15.
47. May, *Love and Will, p.* 197.
48. *Ibid.*, p. 211.
49. *Ibid.*, p. 243.
50. *Ibid.*, p. 211.
51. S. Freud, *Interpretation of Dreams*, vol. V din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1953; anul publicării inițiale – 1900), pp. 565-70 [trad. rom. – *Interpretarea viselor, Opere*, vol. 9, trad.: Roxana Melnicu (București: Editura Trei, 2003), pp. 503-21].
52. *Ibid.*, pp. 550-572.
53. May, *Love and Will, p.* 210.

54. *Ibid.*, p. 211.
55. *Ibid.*, p. 218.
56. *Ibid.*
57. Rank, *Will Therapy, p.* 12.
58. H. Arendt, *Willing, p.* 158.
59. E. Keen, citat de May, *Love and Will, p.* 268.
60. May, *Love And Will, p.* 165.
61. J. Nemiah, „Alexithymia and Psychosomatic Illness", *Journal of Continuing Education and Psychiatry* (Octombrie 1978), pp. 25-38.
62. S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1955; anul publicării inițiale – 1895). [Trad. rom.: *Studii despre isterie, Opere*, vol. 12, Editura Trei, 2005.]
63. I. Yalom, Theory and Practice of Group Psychotherapy (New York: Basic Books, 1975), pp. 77-79. [Trad. rom.: *Tratat de psihoterapie de grup* (București: Editura Trei, 2008), pp. 108-110.]
64. S. Rose, „Intense Feeling Therapy", în *Emotional Flooding,* ed. P. Olsen (New York: Penguin Books, 1977), pp. 80-96.
65. T. Stampfl și D. Lewis, „Essentials of Implosive Therapy", *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 6, pp. 496-503.
66. A. Lowen, *Bioenergetics* (N.Y.: Coward, McCann & Geoghegan, 1975).
67. p. Olsen, *Emotional Flooding, p. 77.*
68. A. Janov, *The Primal Scream* (New York: G. p. Putnam, 1970).
69. J.P. Sartre, *The Age of Reason* (New York: Alfred A. Knopf, 1952), p. 44. [trad. cit. rom. – J. p. Sartre, *Căile libertății I: Vârsta înțelepciunii,* trad. Sanda Oprescu (București: RAO, 2000), pp. 134-135.]
70. I. Yalom, Bloch et al., „The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy", *Archives of General Psychiatry* (1977) 34, pp. 399-415.
71. D. Hamburg, comunicare orală, 1968.
72. F. Alexander și T. French, *Psychoanalytic Theory: Principles and Applications* (New York: Ronald Press, 1946).
73. F. Perls, *The Gestalt Approach and Eye-Witness to Therapy* (Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1973), p. 63.
74. *Ibid.*, pp. 63-64.
75. *Ibid.*, p. 68.
76. *Ibid.*, pp. 73-74.
77. *Ibid.*, p. 78.

78. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (Toronto, New York and Londra: Bantam Books, 1971), p. 1.
79. E. Pohlster şi M. Pohlster, *Gestalt Therapy Integrated* (New York: Brunner Mazel, 1973), p. 229.
80. May, *Love and Will, p.* 216.
81. J. Bugental, „Intentionality and Ambivalence", în *William James: Unfinished Business*, ed. R. MacLeod (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1969), pp. 93-98.
82. *Ibid.*
83. M. Heidegger, *Being and Time*, trad. J. Macquarrie şi E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 158. [trad. cit. rom. — M. Heidegger, *Fiinţă şi timp*, trad. Gabriel Liiceanu şi Cătălin Cioabă (Bucureşti: Humanitas, 2003), p. 168.]
84. A. Camus, *The Fall and Exile in the Kingdom* (New York: Modern Library, 1965), p. 63. [trad. cit. rom. - A. Camus. „Căderea", trad. Irina Mavrodin, în *Strainul. Ciuma. Căderea. Exilul şi împărăţia* (Bucureşti: RAO, 1993), p. 326.]
85. S. Beckett, *En Attendant Godot* (Paris: Les Editions de Minuit. 1952). [trad. cit. rom. - S. Beckett, „Aşteptându-l pe Godot", trad. Gellu Naum, în *Aşteptându-l pe Godot. Eleutheria. Sfârşitul Jocului* (Bucureşti: Curtea Veche, 2007), p. 92.]
86. W. James, *Principles of Psychology* (Greenwich: Fawcett, 1963), cap. 26, pp. 365-401.
87. R. Goulding, „New Directions in Transactional Analysis: Creating an Environment for Redecision and Change", în *Progress in Group and Family Therapy*, eds. C. Sager and H. Kaplan (New York: Brunner Mazel, 1972), pp. 105-34.
88. J. Dusay and C. Steiner, „Transactional Analysis in Groups", in *Comprehensive Group Therapy*, ed. H. Kapllan and B. Sadock (Baltimore: Williams & Wilkins, 1971), pp. 198-240.
89. Goulding, „New Directions", pp. 110-112.
90. E. Erikson, *Childhood and Society*, ed. a doua (New York: W. W. Norton. 1963).
91. J. Gardner, *Grendel* (New York: Ballantine Books, 1971), p. 115.
92. F. Estess, comunicare orală, 1977.
93. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), p. 310 [trad. cit. rom. - M. Heidegger, *Fiinţă şi timp*, p. 350.]
94. Wheelis, „Will and Psycholanalysis".
95. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. I, p. 428.
96. E. Menaker, „Will and the Problem of Masochism", *Journal of Contemporary Psychotherapy* (1969), 1, pp. 186-226.

97. E. Jones și H. Gerard, *Foundations of Social Psychology* (New York: John Wiley, 1967), pp. 186-226.

98. L. Festinger, A *Theory of Cognitive Dissonance* (Evanston, 3.: Row, Peterson, 1957).

99. Jones and Gerard, *Social Psychology*, pp. 193-94.

100. L. Rhinehart, *The Dice Man* (New York: William Morrow, 1971) [Trad. rom.: *Omul zar* (București: Editura Trei, 2005).]

101. J. Bugental, „Someone Needs to Worry: The Existential Anxiety and Decision", *Journal of Contemporary Psychotherapy* (1967) 2, pp. 41-53.

102. R. White, „Motivation Reconsidered", *The Psychological Review* (1959) 66, pp. 297-333.

103. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: W.W. Norton, 1950).

104. *Ibid.*, p. 17.

105. H. Greenwald, *Decision Therapy* (New York: Peter Wyden 1973), p. 154.

106. Farber, *Ways of the Will, p.* 450.

107. Greenwald, *Decision Therapy, p.* 22.

108. *Ibid.*, p. 38.

109. May, *Love and Will*, pp. 236-37.

110. J. Frank, „Emotional Reaction of American Soldiers to an Unfamiliar Disease", *Archives of General Psychyatry* (1967) 17, pp. 416-427.

111. M. Leiberman, I. Yalom, și M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973), pp. 365-67.

112. R. Nisbett și T. Wilson, „Telling More Than We Can Know: Verbal Reports on Mental Process", *Psychological Reviews* (1977) 84, pp. 231-58.

113. Yalom, *Group Psychotherapy*, pp. 440-45.

114. S. Freud, „Constructions in Analysis", vol. XXIII din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1964; anul publicării inițiale – 1937), p. 259. [trad. cit. rom – S. Freud, „Construcții în analiză", în *Tehnica psihanalizei, Opere*, vol 11, trad. Roxana Melnicu, Vasile Dem. Zamfirescu (București: Editura Trei, 2004), p. 326-327.]

115. *Ibid.*, p. 266 [Trad. rom., p. 333].

116. Rank, *Will Therapy, p.* 44.

117. M. Gatch și M. Temerlin, „Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist", *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1965) 5, pp. 16-35.

118. Rank, *Will Therapy, p.* 36.

119. E. Goffman, „The Moral Career of the Mental Patient", *Psychiatry* (1959) 22, pp. 123-42.
120. C. Rycroft, *Psychoanalysis Observed* (Londra: Constable, 1966), p. 18.

Capitolul 8

1. M. Heidegger, *Being and Time*, trad. J. Macquarrie și E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 57. [Trad. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă (București: Humanitas, 2003), p. 44.]
2. S. Freud, „Inhibitions, Symptoms and Anxiety", vol. XX din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1959; anul publicării inițiale – 1929), pp. 119-23 [trad. rom.: *Inhibiție, simptom, angoasă, Opere*, vol. 5 (București: Editura Trei, 2001), pp. 227, 229.].
3. P. Mullahy, *Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry: The Contribution of Harry Stack Sullivan* (New York: Science House, 1970), p. 137.
4. C. Rogers, „The Loneliness of Contemporary Man as Seen in the Case of Ellen West", în *Rewiew of Existential Psychology and Psychiatry* (1961) 1, pp. 94-101.
5. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ediția a II-a (New York: Basic Books, 1975), p. 80. [Trad. rom.: *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică* (București: Editura Trei, 2008), p. 106]
6. Rogers, „Loneliness of Contemporary Man"; F. Fromm-Reichmann „Loneliness", *Psychiatry* (1959) 22, pp. 1-16; H. Leiderman, „Intervention", *Psychiatry Clinics* (1969) 6, pp. 155-74; E. Josephson și M. Josephson, *Man Alone* (New York: Dell Books, 1962); J. Rubins, „On the Psychopathology of Loneliness", *American Journal of Psychoanalysis* (1964) 24, pp. 153-65; D. Reisman, R. Denny și N. Glaser, *The Lonely Crowd* (New Haven: Yale University Press, 1950); G. Moustakas, *Loneliness* (New York: Prentice-Hall, 1961); M. Wood, *Paths of Loneliness* (New York: Columbia University Press, 1953); A. Wenkert, „Regaining Identity through Relatedness", *American Journal of Psychonalysis* (1961) 22, pp. 227-33; și W. Willig, „Discussion of A. Wenker paper", *American Journal of Psychoanalysis* (1961) 22, pp. 236-39.
7. T. Wolfe, *Look Homeward, Angel* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 31. [Trad. rom. – T. Wolfe, *Privește, înger, către casă* (București: Editura Univers, 1977), pp. 70-71.]
8. Heidegger, *Being and Time*, p. 284. [Trad. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă (București: Humanitas, 2003), p. 320.]

9. M. Abrams et al., eds., *Everyman*, în *The Norton Anthology of English Literature*, vol. I (New York: W. W. Norton, 1962), pp. 281-303.
10. E. Fromm, The Art of Loving (New York: Bantam Books, 1956), p. 7. [Trad. rom. – E. Fromm, *Arta de a iubi*, trad. Suzana Holan (București: Editura Anima, 1995), p. 15.]
11. A. Camus, „La Mort dans l'âme", în *L'Envers et l'endroit* (Paris: Librairie Gallimard, 1937), pp. 87-88. [Trad. rom. – A. Camus, „Cu moartea în suflet", trad. Irina Mavrodin, în *Fața și Reversul. Nunta. Mitul lui Sisif. Omul Revoltat. Vara* (București: RAO, 1994), p. 51.]
12. R. Frost, „Desert Places", în *Complete Poems of Robert Frost* (New York: Henry Holt, 1949), p. 386.
13. K. Reinhardt, *The Existential Revolt* (New York: Frederick Ungar, 1952), p. 235.
14. Heidegger, Being and Time, p. 233. [trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă, p. 256.]
15. Heidegger, Being and Time, p. 393 [pentru trad. cit. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă, p. 454.]
16. H. Dreyfuss, „Commentary on Being and Time", manuscris nepublicat, 1977.
17. F. Nietzsche, citat de M. Heidegger, *An Introduction to Metaphysics* (New York: Anchor Books, 1961), p. 29. [Trad. rom.: *Introducere în metafizică*, trad. de G. Liiceanu și Th. Kleininger (București: Humanitas, 1999), p. 55.]
18. L. Fierman, ed., Effective *Psychotherapy: The Contributions of Hellmuth Kaiser* (New York: Free Press, 1965), p. 126.
19. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), p. 29. [trad. cit. rom. –E. Fromm, *Frica de libertate* (București: Teora, 1998). p. 33.]
20. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Realily*, trad. J. Taft (New York: Alfred A. Knopf. 1945), p. 123.
21. J. Bugental, *The Search for Authenticity* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965), p. 309.
22. M. Buber, *Between Man and Man* (New York: Macmillan, 1965), p. 11.
23. *Ibid.*, p. 175.
24. M. Buber, *I and Thou* (New York: Charles Scribner, 1970), p. 69. [trad. cit. rom. – M. Buber, *Eu și tu*, trad. Ștefan Aug. Doinaș (București: Humanitas, 1992), p. 44.]
25. Buber, *I and Thou*, pp. 76-79 [Trad. rom. – M. Buber, *Eu și tu*, trad. Ștefan Aug. Doinaș (București: Humanitas, 1992), p. 51.)

26. Buber, *Between Man and Man, p.* xx.
27. Buber, *I and Thou*, p. 54. [Trad. rom. – p. 30.]
28. Buber, *I and Thou* p. 58. [Trad. rom. – p. 34.]
29. Buber, *I and Thou* p. 62. [Trad. rom. – p. 38.]
30. Buber, *Between Man and Man, p.* 22-23.
31. *Ibid.*, p. 19.
32. *Ibid.*, p. 23.
33. V. Frankl, „Encounter: The Concept and Its Vulgarization", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* (1913) 1, pp. 73-83.
34. Buber, *Between Man and Man, p.* 19.
35. *Ibid.*, pp. 13-14.
36. Buber, *I and Thou* pp. 84-85. [Trad. rom. – p. 60.)
37. Hillel, citat de Buber, *I and Thou*, notă, p. 85.
38. M. Buber, *Between Man and Man*, pp. 1-2.
39. A. Maslow, *Toward A Psychology of Being* (New York: D. Van Nostrand, 1968), pp. 21-22.
40. *Ibid.*, p. 35.
41. *Ibid.*, p. 36.
42. *Ibid.*, pp. 42-43.
43. E. Fromm, *Art of Loving* (New York: Bantam Books, 1963).
44. E. Fromm, *Art of Loving*, p. 7. [Trad. rom. – E. Fromm, *Arta de a iubi*, trad. Suzana Holan (București: Editura Anima, 1995), p. 15.]
45. E. Fromm, *Art of Loving*, p. 15. [Trad. rom. – pp. 22-23.]
46. E. Fromm, *Art of Loving*, p. 17. [Trad. rom. – *p.* 25.]
47. E. Fromm, *Art of Loving*, p. 34. [Trad. rom. – p. 41.]
48. E. Fromm, *Art of Loving*, p. 18. [Trad. rom. – pp. 11-12.]
49. E. Fromm, *Man for Himself* (New York: Fawcett World Library, 1969), pp. 68-122.
50. E. Fromm, *Art of Loving*, pp. 21-22. [Trad. rom. – E. Fromm, *Arta de a iubi*, p. 28.]
51. Buber, *I and Thou* p. 67. [Trad. rom. – Buber, *Eu și tu, p.* 42.]
52. Fromm, *Art of Loving*, p . 61.
53. Fromm, *Art of Loving*, p. 39. [Trad. rom. – E. Fromm, *Arta de a iubi*, p. 46.]
54. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness Unto Death*, trad. W. Lowrie (Garden City: Doubleday, Anchor, 1954), p. 177.
55. L. Caroll citat de J. Solomon, „Alice and the Red King", *International Journal of Psychoanalysis* (1963) 44, pp. 64-73. [trad. rom.: *Alice în Țara Minunilor și Ali-*

ce în Țara din Oglindă, trad. de Antoaneta Ralian (București: Univers, 2007), pp. 152-153.]

56. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Therapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 440-45. [Trad. rom. – pp. 452-463.]
57. S. Arieti, „Psychotherapy of Severe Depression", *American Journal of Psychiatry* (1977) 134, pp. 864 –68.
58. L. Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, op. cit., p. 131.
59. *Ibid.*, p. 110.
60. K. Bach, *Exit-Existentialism* (Belmont: Wadsworth, 1973), p. 28.
61. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness Unto Death*, p. 175. [Trad. rom. – S. Kierkegaard, *Maladia mortală*, trad. G. Popescu (Craiova: Editura Omniscop, 1998), p. 40]
62. Fireman, *Effective Psychotherapy, p.* 120.
63. Fromm, *Escape from Freedom*, p. 158. [Trad. rom. – E. Fromm, *Frica de libertate* (București: Teora, 1998), p. 138.)
64. S. Freud, *The Psychopathlogy of Everyday Life*, vol. VI din *Standard Edition* (Londra: Hogarth Press, 1960; anul publicării inițiale – 1901), p. 158.
65. E. Greeenspan, „Fantasies of Women Confronting Death", *Journal of Consulting Psychology* (1975) 29, pp. 252- 60.
66. V. Soloviev, citat de E. Becker, *Angel in Armor* (New York: George Braziller, 1969), p. 5.
67. S. Kierkegaard, *Either/Or*, vol. I., trad. D. Swanson and L. Swanson (Princeton: Princeton University Press, 1944), pp. 297-443. [Trad. rom.: *Opere II Sau-sau, partea I* (București: Humanitas, 2008)].
68. Buber, *Between Man and Man*, pp. 29-30.
69. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper Torchbook, 1965), p. 77.
70. A. Camus, A *Happy Death* (New York: Alfred A. Knopf, 1972), pp. 81-82.

Capitolul 9

1. B. Russell, *The Autobiography of Bertrand Russell* (Londra: Allen & Unwin, 1975), p. 209. [Trad. rom. B. Russell, *Autobiografie* (București: Editura Politică, 1969), p. 328.]
2. *Ibid.*, p. 146 [trad. rom., p. 233.].

3. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 78-83. [Trad. rom.: *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practici* (București: Editura Trei, 2008), pp. 116-124.]
4. A. Whitehead, *Religion in the Making* (Londra: Cambridge University Press, 1962), p. 16.
5. E. Fromm. *The Art Of Loving* (New York: Bantam Books, 1963), p. 94. [Trad. rom. – E. Fromm, *Arta de a iubi*, trad. Suzana Holan (București: Editura Anima, 1995), p. 101.]
6. C. Moustakas, *Loneliness* (New York: Prentice-Hall, 1961), p. 47.
7. A. Camus, citat de M. Charlesworth, *The Existentialists and Jean-Paul Sartre* (Brisbane, Australla: University of Queensland Press, 1975), p. 5.
8. R. Hobson, „Loneliness", *Journal of Analytic Psychology* (1974) 19, pp. 71-89.
9. R. Bollendorf, teză de doctorat nepublicată, Northern Illinois University, 1976.
10. O. Will, comunicare orală, departamentul de psihiatrie al Universității Stanford, 1978.
11. L. Sherby, „The Use of Isolation in Ongoing Psychotherapy", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1975) 12, pp. 173-74.
12. I. Yalom *et al.*, „The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy", *Archives of General Psychiatry* (1977) 34, pp. 399-415.
13. C. Truax și K. Mitchell, „Research on Certain Therapist Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome", în *Handbook of Psychotherapy*, edit. A. Bergin și S. Garfield (New York: John Wiley, 1971), pp. 299-344; C. Rogers, „Empathic: An Unappreciated Way of Being", *Counseling Psychologist* (1975) 5 (2), pp. 2-10; C. Truax și R. Carkhuff, *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice* (Chicago: Aldine, 1967); G. Barett-Lennard, „Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in Therapeutic Change", *Psychological Monographs* 76, nr. 43 (întregul nr. 562), 1962; E. Fieder, „A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic. Non-Directive and Adlerian Therapy", *Journal of Consulting Psychology* (1950), 14, pp. 436-45; A. Bergin și L. Jasper, „Correlates of Empathy in Psychotherapy: A Replication", *Journal of Abnormal Psychology* (1969), 74, pp. 477-81; și A. Bergin și S. Solomon, „Personality and Performance Correlates of Empathic Understanding in Psychotherapy", în J. Hart și T. Tomlinson, edit., *New Directions in Client-Centered Therapy* (Boston: Houghton Mifflin, 1970), pp. 223-36.

14. S. Standal și R. Corsini, edit., *Critical Incidents in Psychotherapy* (Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1959).
15. *Ibid.*, p. 3.
16. *Ibid.*, p. 41.
17. *Ibid.*, p. 67.
18. *Ibid.*, p. 90.
19. *Ibid.*, p. 158.
20. *Ibid.*, p. 178.
21. S. Freud. *Studies on Hysteria.* vol. II din Standard Edition (Londra: Hogarth Press, 1964). [Trad. rom.: *Studii despre isterie, Opere*, vol. 12 (București: Editura Trei, 2005)]
22. M. Buber, *The Knowledge of Man*, trad. M. Friedman și R. Smith (New York: Harper Torchbooks, 1965), p. 81.
23. *Ibid.*, p. 82.
24. I. Yalom and G. Elkin, *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (New York: Basic Books. 1974). [Trad. rom – *Cu fiecare zi mai aproape. O psihoterapie povestită de ambii participanți* (București: Editura Trei, 2009).]
25. H. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, ed. L. Fierman (New York: Free Press, 1965), p. 152.
26. K. Fisher, „Ultimate Goals in Therapy", *Journal of Existentialism: The International Quarterly of Existential Thought* (1967) 7, pp. 215-32.
27. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper Torchbooks, 1965), pp. 171-72.
28. C. Sequin, *Love and Psychotherapy* (New York: Libra, 1965), p. 113.
29. *Ibid.*, p. 121.
30. Buber, *Knowledge of Man, p.* 82.
31. Buber, *I and Thou*, p. 179. [Trad. rom. – M. Buber, *Eu și tu*, trad. Ștefan Aug. Doinaș (București: Humanitas, 1992), p. 124.]
32. Sequin, *Love and Psychotherapy, p.* 123.
33. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), p. 158. [Trad. rom. – M. Heidegger, *Ființă și timp*, trad. Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă (București: Humanitas, 2003), pp. 167-168.]
34. Buber, *Knowledge of Man*, pp. 166-84.
35. D. Rosenhan, „On Being Sane in Insane Places", în *Science* (1973), 179, pp. 250-58.

36. S. Freud, *Observations on Transference-Love*, vol. XII din Standard Edition (Londra: Hogarth Press, 1958), p. 169. [Trad. rom. – S. Freud, *Remarce despre iubirea de transfer*, în *Opere*, vol. XI, trad. Roxana Melnicu, Vasile Dem. Zamfirescu (București: Editura Trei, 2004), p. 161.]
37. *Ibid.*, 165 [Trad. rom., p. 157.]
38. S. Ferenczi, citat în S. Foulkes, „A Memorandum on Group Therapy", British Military Memorandum, ADM, Iulie 1945.
39. R. Greenson și M. Wexler, „The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation", *International Journal of Psychoanalysis* (1969) 50, pp. 27-39.
40. A. Freud, „The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis", discussion, *Journal of American Psychoanalytic Association* (1954) 2, pp. 607-20.
41. Greenson și Wexler, „Non-Transference Relationship."
42. *Ibid.*
43. Buber, *I and Thou*, pp. 84-85. [trad. rom. – *p.* 60.]

Capitolul 10

1. Anonim, citat de H. Cantril și C. Bumstead, *Reflections on the Human Venture* (New York: New York University Press, 1960), p. 308.
2. L. Tolstoi, *My Confession. My Religion. The Gospel in Brief* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 12. [trad. rom. – L. Tolstoi, *Spovedanie*, trad. Janina Ianoși (București: EuroPress, 2008), pp. 45-46.]
3. *Ibid.*, p. 13. [trad. rom., p. 47.]
4. *Ibid.*, p. 14. [trad. rom., p. 47]
5. *Ibid.* [trad. rom. – pp. 47-48.]
6. *Ibid.*, p. 20. [trad. rom. – p. 55.]
7. A. Camus, citat în A. Jaffe, *The Myth of Meaning in the Work of C. J. Jung* (Londra: Hodden & Stoughton, 1970), pagina de titlu.
8. C. Jung, citat în Jaffe, *Myth of Meaning*, *p.* 130.
9. C. Jung, *Collected Works: The Practice of Psychotherapy*, vol. XVI (New York: Pantheon, Bollingen Series, 1966), p. 83.
10. V. Frankl, „The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy", *Amercian Journal of Psychoanalysis* (1972) 32, pp. 85-89; V. Frankl, *The Will* to *Meaning* (New York: World, 1969), p. 90; și V. Frankl, *The Doctor and the Soul* (New York: Alfred A. Knopf, 1965), p. xi.

11. S. Maddi, „The Search for Meaning", in *The Nebraska Symposium on Motivation – 1970*, ed. W. Arnold și M. Page (Lincoln: University of Nebraska Press, 1970), pp. 137-86.
12. S. Maddi, „The Existential Neurosis", *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72, pp. 311-25.
13. B. Wolman, „Principles of International Psychotherapy" in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1975) 12, pp. 149-59.
14. N. Hobbs, „Sources of Gain in Psychotherapy", *American Psychologist* (1962) 17, pp. 742-48.
15. *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. IV, ed. P. Edwards *et al.* (New York: Macmillan and Free Press, 1967), pp. 467-78.
16. B. Pascal, citat în V. Frankl, *The Doctor and the Soul*, ed. a doua (New York: Alfred A. Knopf, 1965), p. 31.
17. V. Frankl, *Man's Search for Meaning* (Boston: Beacon Press, 1963), pp. 186-87. [trad. rom. *Omul în căutarea sensului vieții*, trad. de Silvian Guranda (București: Meteor Press, 2009), p. 130.]
18. M. Maimonides, *The Guide of the Perplexed*, vol. II (Chicago, Londra: University of Chicago Press, 1963), pp. 634-36.
19. Jung, citat în Jaffe, *Myth of Meaning, p.* 130.
20. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections* (New York: Pantheon Books, 1961), pp. 255-56. [trad. rom. – C.G. Jung, *Amintiri, vise, reflecții*, trad. Daniela Ștefănescu (București: Humanitas, 1996), pp. 262-63]
21. G. Hegel, citat în Jaffe, *Myth of Meaning, p.* 145.
22. R. Rilke, *Ausgewahlte Werke*, vol. I (Leipzig: Iminsel-Verlag, 1930), p. 28; [trad. rom. – R. Rilke, „Ce-ai să te faci, Doamne, dacă mor?", trad. Maria Banuș în *Versuri* (București: Editura pentru Literatură Universală, 1966), p. 55.]
23. T. Mann, citat în Jaffe, *Myth of Meaning, p.* 140.
24. Teilhard de Chardin, *The Phenomenon of Man* (New York: Harper, 1959). [trad. rom.: *Fenomenul uman*, trad. de Maria Ivănescu (Oradea: Aion, 1997).]
25. C. Merchant, *The Death of Nature: Women, Ecology and Scientific Revolution* (San Francisco: Harper & Row, 1980).
26. A. Pope, *The Selected Poetry of Pope*, ed. M. Price (New York: New American Library, 1978), p. 133.
27. T. Dobzhansky, *The Biology of Ultimate Concern* (New York: New American Library, 1967), p. 132.
28. p. Teilhard de Chardin, citat în Dobzhansky, *Biology of Ultimate Concern, p.* 137.

29. A. Camus, *The Myth of Sisyphus and Other Essays* (New York: Alfred A. Knopf, 1955).
30. A. Camus, *A Happy Death* (New York: Alfred A. Knopf, 1972).
31. A. Camus, *The Stranger* (New York: Alfred A. Knopf, 1946).
32. Camus, *Myth of Sisyphus*, p. 90. [trad. rom. – A. Camus, *Mitul lui Sisif*, trad. Irina Mavrodin, în *Fața și Reversul. Nunta. Mitul lui Sisıf. Omul Revoltat. Vara* (București: RAO, 1994), pp. 140-141.]
33. A. Camus, *The Plague* (New York: Modern Library, 1948).
34. J. p. Sartre, citat în R. Hepburn, „Questions about the Meaning of Life", *Religious Studies* (1965) 1, pp. 125-40.
35. J. P. Sartre, *No Exit and Three Other Plays* (New York: Vintage Books, 1955).
36. *Ibid.*, p. 91. [trad. rom. J. P. Sartre, *Muștele*, în *Teatru*, trad. Nicolae Minei, Any Florea, Mihai Sora, Margareta Bărbuță, George Vraca și Anca Gonțescu (București: RAO, 2004), pp. 48-49.]
37. *Ibid.*, p. 92. [trad. rom.: p. 50.]
38. *Ibid.*, [trad. rom.: p. 50.]
39. *Ibid.*, p. 94. [trad. rom.: p. 51.]
40. *Ibid.*, p. 94. [trad. rom.: p. 51.]
41. *Ibid.*, p. 105. [trad. rom.: p. 63.]
42. *Ibid.*, p. 108. [trad. rom.: p. 66.]
43. *Ibid.*, p. 121-122. [trad. rom.: pp. 79-80.]
44. *Ibid.*, p. 123. [trad. rom.: p. 80.]
45. *Ibid.*, p. 124. [trad. rom.: p. 82.]
46. G. Allport, citat de V. Frankl, *Will to Meaning, p.* 66.
47. C. Jung., citat în Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 146.
48. K. Jaspers, citat în Frankl, *Will to Meaning*, p. 38.
49. W. Durant, On *the Meaning of Life* (New York: Ray Long and Richard R. Smith, 1932), pp. 128-29.
50. *Ibid.*, p. 129.
51. I. Taylor, citat în S. Maddi, „The Strenuousness of the Creative Life", în I. A .Taylor și J.W. Getzels, ed., *Perspectives in Creativity* (Chicago: Aldine, 1975), pp. 173-90.
52. L. Beethoven, citat de M. Von Andics, *Suicide and the Meaning of Life* (Londra: William Hodge, 1947), p. 178.
53. A. Roe, „Changes in Scientific Activities with Age", *Science* (1965) 150, pp. 313-18.
54. M. Crosby, comunicare orală, 1979.

55. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?* (New York: Prentice-Hall, 1976), pp. 37-38.
56. J. Brennecke și R. Amick, *The Struggle for Significance,* ed. a doua(Beverly Hills: Glencoe Press, 1975), pp. 9-10.
57. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being* (N.J.: Van Nostrand, 1962), p. 147.
58. M. Buber, „The Way of Man According to the Teachings of Hasidism", în *Religion from Tolstoy to Camus,* ed. W. Kaufman (New York: Harper Torchbooks, 1961), pp. 425-41.
59. *Ibid.*, p. 437.
60. E. Erikson, *Childhood and Society,* ediția a doua (New York: W.W. Norton, 1963), pp. 247-74.
61. G. Vaillant, *Adaptation to Life* (Boston: Little, Brown, 1977); R. Gould, „The Phases of Adult Life: A Study in Developmental Psychology", *American Journal of Psychiatry* (1972) 129, pp. 521-31; și D. Levinson, *The Seasons of A Man's Life* (New York: Alfred A. Knopf, 1978).
62. Erikson, *Childhood, p.* 267.
63. G. Vaillant, *Adaptation, p.* 228.
64. *Ibid.*, p. 232.
65. *Ibid.*, p. 343.
66. N. Haan și J. Block, citat de G. Vaillant, *op. cit.*, p. 330.
67. V. Frankl, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* (New York: Pocket Books, 1963) [trad. rom.: *Omul în căutarea sensului vieții* (București: Meteor Press, 2009)].
68. V. Frankl, comunicare orală, 1971.
69. Frankl, *Will to Meaning, p.* 21.
70. V. Frankl, „Self-transcendence as a Human Phenomenon", *Journal of Humanistic Psychology* (1966) 6, pp. 97-107.
71. C. Buhler, „The Human Course of Life in Its Goal Aspects", *Journal of Humanistic Psychology* (1964) 4: pp. 1-17.
72. G. Allport, *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality* (New Haven,: Yale University Press, 1955).
73. Frankl, *Man's Search, p.* 166. [trad.rom. – p. 118]
74. Frankl, „Self-transcendence."
75. W. Frankena, *Ethics* (New York: Prentice-Hall, 1973), p. 86.
76. A. Watts, *The Meaning of Happiness* (New York: Perennial Library, Harper &. Row, 1940), p. vi.

77. Frankl, *Man's Search for Meaning, p.* 154. [trad. rom. – p. 111]
78. A. Ungersma, *The Search for Meaning* (Philadelphia: Westminister Press, 1961), pp. 27 şi urm.
79. Frankl, „Self-transcendence."
80. Frankl, *Man's Search for Meaning, p.* 155. [trad.rom. – p. 112]
81. *Ibid.*, p. 154. [trad.rom. – p. 111; traducere modificată]
82. Frankl, *Will to Meaning, p.* 70.
83. V. Frankl, citat în J. Fabry, *The Pursuit of Meaning* (Boston: Beacon Press, 1968), p. 40.
84. *Ibid.*, p. 44.
85. Frankl, *Will to Meaning, p.* 21.
86. S. Bloch *et al.*, „Outcome in Psychotherapy Evaluated by Independent Judges", *British Journal of Psychiatry* (1977) 131, pp. 410- 14; şi G. Bond *et al.*, „The Evaluation of the «Target Problem» Approach to Outcome Measures", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1979) 16(1), pp. 48- 54.
87. J. Gardner, teză de doctorat, University of Chicago, 1977.
88. S. Freud, citat de Edwards, „Meaning and Value", p. 477.
89. Frankl, *Will to Meaning, p.* 84.
90. J. Crumbaugh, „Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling", *Journal of Religion and Health* (1971) 10, pp. 373-86.
91. Ing. Alois Habinger, citat de V. Frankl, „The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy", *American Journal of Psychoanalysis* (1972) 32, pp. 85-89.
92. Maddi, „Search for Meaning"; Maddi, „Existential Neurosis"; S. Kobasa şi S. Maddi, „Existential Personality Theory", în *Current Personality Theory,* ed. R. Corsini (Itasca: Peacock Books, 1979).
93. S. Maddi, comunicare orală, 1979.
94. S. Maddi, S. Kobasa şi M. Hoover, „The Alienation Test", *Journal of Humanistic Psychology* (1979) 19(4), pp. 73-76.
95. Maddi, „Search for Meaning."
96. J. Pike, *Beyond Anxiety* (New York: Charles Scribner, 1953).
97. J. Crumbaugh şi L. Maholick, „An Experimental Study in Existentialism: The Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis", *Journal of Clinical Psychology* (1964) 20, pp. 200-207.
98. J. Braun şi G. Dolmino, „The Purpose in Life Test", in *The Seventh Mental Measurements Yearbook,* ed. O. K. Buros (Highland Park: Gryphon Press, 1978), p. 656.

99. *Ibid.*
100. *Ibid.*
101. J. Battista and R. Almond, „The Development of Meaning in Life", *Psychiatry* (1973) 36, pp. 409-27.
102. C. Garfield, „A Psychometric and Clinical Investigation of Frankl´s Concept of Existential Vacuum and of Anomie", *Psychiatry* (1973) 36, pp. 396-408.
103. Braun and Domino, „Purpose in Life Test."
104. *Ibid.*
105. J. Crumbaugh, „Cross-Validation of Purpose in Life Test", *Journal of Individual Psychology* (1968) 24, pp. 74-81.
106. M. Familetti, „A Comparison of the Meaning and Purpose in Life of Delinquent and Non-delinquent High School Boys", United States International University, *Dissertation Abstracts International*, sept. 1975 vol. 36(3-A), 1825.
107. B. Padelford, „Relationship between Drug Involvement and Purpose in Life", San Diego State University, *Journal of Clinical Psychology* (1974) 30(3), pp. 303-5.
108. Crumbaugh, „Cross-Validation."
109. *Ibid.*
110. Crumbaugh, „Frankl´s Logotherapy."
111. R. Jacobson, D. Ritter şi L. Mueller, „Purpose in Life and Personal Values among Adult Alcoholics", *Journal of Clinical Psychology* (1977) 33(1), pp. 314-16.
112. B. Sheffield şi p. Pearson, „Purpose in Life in a Sample of British Psychiatric Outpatients", *Journal of Clinical Psychology* (1974) 30(4), pp. 459.
113. D. Sallee şi J. Casciani, „Relationship between Sex Drive and Sexual Frustration and Purpose in Life", *Journal of Clinical Psychology* (1967) 32(2), pp. 273-75.
114. J. Thomas şi E. Weiner, „Psychological Differences among Groups of Critically Ill Hospitalized Patients, Noncritically Ill Hospitalized Patients and Well Controls", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1974) 42(2), pp. 274-79.
115. J. Crandall şi R. Rasmussen, „Purpose in Life as Related to Specific Values", *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31(3), pp. 483-85.
116. *Ibid.*; D. Soderstrom şi E. Wright, „Religious Orientation and Meaning in Life", *Journal of Clinical Psychology* (1977) 33(1), pp. 65-68.
117. J. McCarthy, „Death Anxiety, Intrinsicness of Religion and Purpose in Life among Nuns and Roman Catholic Female Undergraduates", *Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(11-B), p. 5646.
118. P. Peartson şi B. Sheffield, „Purpose in Life and Social Attitudes in Psychiatric Patients", *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31(2), pp. 330-32.

119. J. Crumbaugh, Sora Mary Raphael și R. Shrader, „Frankl's Will to Meaning in a Religious Order", *Journal of Clinical Psychology* (1970) 21(2), pp. 206-7.
120. McCarthy, *op. cit.*; și J. Blazer, „The Relationship between Meaning in Life and Fear of Death", *Psychology* (1973) 10(2), pp. 33-34.
121. L. Doerries, „Purpose in Life and Social Participation", *Journal of Individual Psychology* (1970) 26(1), pp. 50-53; R. Matteson, „Purpose in Life as Related to Involvement in Organized Groups and Certain Sociocultural Variables", *Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(8-BO), pp. 4147-48.
122. Matteson, „Purpose in Life."
123. A. Butler și L. Carr, „Purpose in Life through Social Action", *Journal of Social Psychology* (1968) 74(2), pp. 243-50.
124. D. Sharpe și L. Viney, „Weltanschauung and the Purpose in Life Test", *Journal of Clinical Psychology* (1973) 29(4), pp. 489-91.
125. Matteson, „Purpose in Life."
126. G. Sargent, „Motivation and Meaning: Frankl's Logotherapy in the Work Situation", *Dissertation Abstracts International* (1973) vol. 34(4-B), pp. 1785.
127. Garfield, „Psychometric and Clinical Investigation."
128. Padelford, „Drug Involvement and Purpose in Life."
129. Crumbaugh, „Cross-Validation."
130. Sheffield și Pearson, „Purpose in Life and Social Attitudes."
131. Battista și Almond, „Development of Meaning."
132. M. Carney și B. Sheffield, „The Effects of Pulse ECT in Neurotic and Endogenous Depression", *British Journal of Psychiatry* (1974) 125, pp. 91-94.

Capitolul 11

1. V. Frankl. „What Is Meant by Meaning", *Journal of Existentialism* (1966) 7, pp. 21-28.
2. *Ibid.*
3. C. Kluckholm, „Values and Value-Orientation in the Theory of Action", in *Toward* A *General Theory of Action*, ed. T. Parsons și E. Shils (Cambridge; Harvard University Press, 1951), p. 396.
4. *Ibid.*, pp. 388-434.
5. L. Tolstoi, *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 20. [trad. rom. – L. Tolstoi. *Spovedanie*, trad. Janina Ianoși (București: EuroPress, 2008), p. 55.]

6. *Ibid.*, p. 185. [trad. rom . – L. Tolstoi, *Spovedanie*, p. 50.]
7. B. Russell, A *Free Man's Worship* (Portland; T. B. Mosher, 1927).
8. E. Becker, *Escape from Evil* (New York: Free Press, 1975), p. 3.
9. V. Frankl, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* (New York: Pocket Books, 1963), p. 192. [trad. rom.: *Omul în căutarea sensului vieții* (București: Meteor Press, 2009), p. 134.]
10. D. Hume, citat de A. Flew, „Tolstoi and the Meaning of Life", *Ethics* (1963) 73, pp. 110-18.
11. B. Wolman, „Principles of Interactional Psychotherapy", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1975) 12, pp. 149-59.
12. Frankl, *Man's Search, p.* 176. [trad.rom. – p. 121.]
13. E. Fromm, *Escape From Freedom* (New York: Holt, Rinehart&Winston, 1941), p. 13. [trad. rom.: *Frica de libertate* (București: Teora, 1998), pp. 85-86]
14. D. Suzuki, „East and *West*", în E. Fromm, D. Suzuki și R. DeMartino, *Zen Buddhism and Psychoanalysis* (New York: Harper & Row, 1960), pp. 1-10.
15 Matei 6:26 [*Biblia*, versiunea românească a lui Dumitru Cornilescu, Life Publishers International, 2000].
16. Luca 12:27 [*Idem*].
17. J. Brennecke și R. Amick, *The Struggle for Significance* (Beverly Hills, California: Glencoe Press, 1975), p. 143.
18. W.B. Yeats, citat de R. Hepburn, „Questions about the Meaning of Life", *Religious Studies* (1965) 1, pp. 125-40.
19. Hepburn, *„Questions"*.
20. B. Rajneesh, citat de B. Gunther, *Dying for Enlightenment* (New York: Harper & Row, 1979).
21. V. Frankl, „Fragments from the Logotherapeutic Treatment of Four Cases", in *Modern Psychotherapeutic Practice*, ed. A. Burton (Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1965), pp. 365-67.
22. Comunicare personală, 1970.
23. Frankl, *Man's Search*, pp. 143-44. [trad. rom., pp. 125-126]
24. Frankl, „Fragments...", pp. 368-70.
25. T. Zuehlke și J. Watkins, „The Use of Logotherapy with Dying Patients: An Exploratory Study", *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31, pp. 729-32.

26. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections* (New York: Pantheon Books, 1961), pp. 139-40. [trad. rom. – C.G. Jung, *Amintiri, vise, reflecții*, trad. Daniela Ștefănescu (București: Humanitas, 1996), p. 151]
27. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death* (Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1976), p. 81.
28. A. Ungersma, *The Search for Meaning* (Philadelphia: Westminister Press, 1961), p. 27 și urm.; J. Fabry, *The Pursuit of Meaning* (Boston: Beacon Press, 1969); J. Crumbaugh, *Everything to Gain* (Chicago: Nelson Hall, 1973).
29. V. Frankl, *The Doctor and the Soul* (New York: Alfred A. Knopf, 1965), pp. 221-53.
30. M. Erickson, „The Use of Symptoms as an Integral Part of Hypnotherapy", *American Journal of Clinical Hypnosis* (1965) 8, pp. 57-65; J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson* (New York: W. W. Norton, 1973); P. Watzlawick, J. Beavin și D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication* (New York: W. W. Norton, 1967).
31. J. Crumbaugh, „Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling", *Journal of Religion and Health* (1970) 10, pp. 373-86.
32. D. Follesdal, comunicare orală, 1979.
33. T. Nagel, *Mortal Questions* (Londra: Cambridge University Press, 1979), p. 21.
34. K. Bach, *Exit-Existentialism:* A *Philosophy of Self-Awareness* (Belmont: Wadsworth, 1973), p. 6.
35. A. Schopenhauer, citat în *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. IV, ed. P. Edwards *et al.* (New York: Macmillan, 1967), p. 468.
36. Nagel, *Mortal Questions, p.* 22.
37. Bach, *Exit-Existentialism, p. 7.*
38. Hume, citat de Nagel, *Mortal Questions, p.* 20. [trad. rom. – Thomas Nagel, *Veșnice întrebări*, trad. Germina Chiroiu (București: All, 1996), p. 19.]
39. L. Tolstoi, *My Confession, p.* 16. [trad. rom. – L. Tolstoi. *Spovedanie*, ed. cit. p. 48.]
40. L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, trad. D. Pears și B. McGuinness (Londra și Henley: Routledge & Kegan Paul. 1961), p. 73. [trad. rom. – L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, trad. Alexandru Surdu (București: Humanitas, 1991), p. 123.]

IRVIN D. YALOM

și

MOLYN LESZCZ

TRATAT DE PSIHOTERAPIE DE GRUP

TEORIE ȘI PRACTICĂ

Tratat de psihoterapie de grup

[The Theory and Practice of Group Psychotherapy, fifth edition]
Irvin D. Yalom, Molyn Leszcz
Publicată de: Basic Books, a Member of the Perseus Books Group
Limba originală: engleză
Traducere de: Simona Reghintovschi și Anatol Reghintovschi
Nr. de pagini: 680

«Și psihoterapia de grup vindecă»

Cartea cunoscutului psihoterapeut Irvin Yalom își merită pe deplin numele de tratat. Sunt prezentate cele mai importante tipuri de grupuri: de lungă și scurtă durată, experiențiale, pentru bolnavi somatici, pentru pacienți de psihiatrie și altele. Factorii terapeutici sunt și ei trecuți exhaustiv în revistă: coeziunea, altruismul, speranța, universalitatea etc. De asemenea, sunt descrise etapele dezvoltării grupului terapeutic. Ideile teoretice își primesc de fiecare dată ilustrarea prin vignete clinice. Psihoterapeuții începători găsesc numeroase recomandări practice. Pentru cei interesați de formarea pentru psihoterapia de grup, tratatul conține o secțiune specială.

IRVIN D. YALOM este unul dintre cei mai cunoscuți psihoterapeuți contemporani. Cele mai importante lucrări teoretice le-a dedicat psihoterapiei de grup și psihoterapiei existențiale. Profesor de psihiatrie la Stanford University, Yalom a primit în anul 2000 Premiul Oscar Pfister din partea Asociației Americane a Psihiatrilor.